REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, Professeur libre d'Otologie et de Laryngologie, à Paris. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **L. Elsberg**, à New-York. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **Jos. Gruber**, Professeur d'Otologie, à l'Université de Vienne. — **Th. Héring**, médecin de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie. — **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **F. Massei**, Professeur de Laryngologie, à l'Université de Naples. — **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **Noquet**, de Lille. — **G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schmiegelow**, à Copenhague. — **Schnitzler**, Professeur de Laryngologie à Vienne. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Urban Pritchard**, chirurgien auriste à l'hôpital du « King's Collège », à Londres. — **Voltolini**, Professeur d'Otologie, à Breslau.

TOME IV

1884

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIV

5e Année. N° 1. 1er Janvier 1884.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Hoquet et spasme pharyngo-laryngés;

par le Dr Délie, Dypres (1).

Le hoquet se personnifie par un bruit objectif accompagné subjectivement d'une constriction brusque de la région epigastrique.

Les définitions pathologiques glissent en général sur le phénomène trachéo-laryngé pour s'appesantir sur le spasme diaphragmatique. Certains auteurs décrivent le hoquet comme résultat de l'irritation directe ou indirecte du pneumogastrique se réfléchissant à travers la moelle sur le nerf *phrénique* : la phase convulsive respiratoire tombe dans l'oubli. D'autres analysent le phénomène et trouvent dans le hoquet quatre éléments : une tension subite du diaphragme suivie d'éructation bruyante,

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 octobre 1883.

d'inspiration incomplète et d'un mouvement naturel d'expiration. Cette scission met encore le diaphragme au haut de l'échelle symptomatologique : le bruit perçu résulterait uniquement du spasme de l'estomac accompagné de mouvements anti-péristaltiques de l'œsophage qui chassent bruyamment les gaz stomacaux, en hypersécrétion. Des observateurs minutieux reprennent cette définition, et ajoutent que tous les organes thoraciques et abdominaux sont animés d'une impulsion brusque : l'inspiration s'accompagne d'un bruit plus ou moins éclatant et aigu. Le symptôme laryngé sort de l'ombre. La présomption d'un mouvement spasmodique des cordes vocales comme générateur des bruits, se transforma pour moi en certitude absolue, grâce à l'observation directe au moyen du laryngoscope. Mon attention avait été mise en éveil par le fait, que plusieurs malades, après une insufflation ou une cautérisation laryngée, éprouvent subitement de la dyspnée avec constriction épigastrique, très pénible; les patients nous disent sans voix : s'il m'était donné de faire des renvois, la gêne serait éliminée. Quelques instants se passent et ces bons prophètes lâchent une série d'éructations bruyantes qui rendent la voix à leur parole et dissipent le resserrement du creux épigastrique.

Dame fortune eut l'obligeance de confier à mes soins une série de sujets atteints, selon eux, de hoquet rebelle. Le laryngoscope me révéla les symptômes dans tous leurs détails et me permit d'affirmer que dans la série de phénomènes qui constituent le hoquet, le spasme laryngé occupe le premier rang et joue le rôle principal : le bruit perçu existe toujours; la contraction diaphragmatique peut n'être que faible. Le hoquet ne peut se confondre avec les renvois gazeux accompagnés de sensation de gêne épigastrique chez les personnes à voies digestives irritées : ces rôts ne s'accompagnent pas infailliblement de bruit, ils sont sous la dépendance de l'hyperesthésie gastrique, des habitudes et de l'éducation de l'individu; ils ne s'entendent pas à l'otoscope appliqué sur la trachée, et si bruit guttural il y a, il s'identifie constamment dans un phénomène contractile des muscles trachéo-laryngés; un simple rapprochement des cordes vocales

imprime une vibration anormale à la colonne d'air de la trachée et peut provoquer un bruit vocal dans la toux simple à deux tons (gum... me); le premier bruit résulte de l'effort respiratoire et le deuxième doit se produire par le simple rapprochement des cordes vocales.

S'il existe des renvois, rôts ou éructations sans bruit, *il n'y a certes pas de hoquet silencieux* : le phénomène laryngé est inhérent au symptôme. Avant de scruter la nature intime du hoquet, de fournir l'explication des phénomènes qui le constituent et de raisonner les moyens thérapeutiques, passons à l'exposé de quelques cas qui servent de base à nos recherches.

Observation I.

Hoquet et laryngo-trachéite.

La nommée Félicie C..., âgée de vingt-un ans, se plaint de hoquet continuel, de toux pénible, de chatouillement dans la gorge et de gêne épigastrique. L'affection remonte à huit jours et reconnaît pour cause un refroidissement.

L'examen des symptômes me révéla une inflammation des voies respiratoires : au laryngoscope la trachée montrait ses parois tapissées de mucosités adhérentes, touchant la face inférieure des cordes vocales. Le larynx congestionné était le siège de mouvements spasmodiques irréguliers, qui fermaient son ouverture glottique, le détachaient violemment de la paroi pharyngée postérieure et lui faisaient subir un mouvement ascensionnel, grâce à la concomitance de la contraction des muscles pharyngés. Le sujet fit pendant trois mois des inhalations chaudes d'eau térébenthinée. Après ce laps de temps, toute inflammation trachéo-laryngée avait disparu : plus de spasme laryngé, plus de gêne épigastrique, plus de hoquet.

Observation II

Hoquet et tabac en poudre sur les cordes vocales.

Depuis trois semaines, la nommée H. C... est prise de hoquet à timbre élevé. L'examen laryngoscopique révéla des graines noirâtres parsemées sur les vraies cordes vocales et dans le larynx sus-glottique. Ces points étaient entourés d'une

légère auréole congestive, l'inspiration s'accompagnait de fermeture spasmodique de la glotte, d'abaissement de l'épiglotte, d'ascension du larynx et de son détachement de la paroi pharyngée. J'instituai un balayage du larynx au moyen d'un pinceau de ouate mouillée : le tabac en poudre fut proscrit rigoureusement; l'opération fut répétée le lendemain et suivie d'un succès complet; le larynx nettoyé, le hoquet s'envola par enchantement.

Je me permets de rappeler un cas clinique démontrant l'effet désastreux du tabac en poudre. En 1882, le docteur Fischer, premier assistant à la clinique laryngologique du professeur Schrötter, de Vienne, me pria d'examiner une nouvelle malade. La dame se plaignait de perte de l'odorat, du goût et de l'appétit, de haut-le-cœur fréquents, de gêne dans la gorge, de raucité de la voix. La face postérieure du pharynx était tapissée d'un voile noirâtre charbonneux; le larynx avait les cordes congestionnées et les deux aryténoïdes gantées de poudre noire; le pharynx nasal et le nez en totalité portaient une coloration de suie. La femme poussa l'effronterie jusqu'à nier l'usage du tabac en poudre : la trouvaille d'une énorme tabatière lui arracha un aveu. Un lavage scrupuleux procura à la dame une guérison pour le temps où sa volonté surmonta sa funeste habitude.

Observation III.

Hoquet. — Spasme laryngé. — Pleurésie diaphragmatique.

Le 7 mai, je fus appelé en toute hâte chez la demoiselle P. A..., âgée de vingt ans. Le sujet avait accusé des élancements douloureux dans le côté droit de la poitrine; elle souffrait de hoquet et d'accès de suffocation; les personnes accourues l'avaient quittée en proie à une dyspnée telle que la coloration bleuâtre de la face faisait croire à l'axphyxie. Je trouvai la malade en proie à un hoquet à timbre sonore, clair, élevé; la température montait à 38°, la respiration brève, saccadée, superficielle et pénible, donnait 10 à 11 au quart. L'examen rapide de la gorge révéla un simple spasme du pharynx et du larynx. Le poumon était indemne de tout phénomène inflammatoire tangible. La fièvre, le spasme diaphragmatique, la gêne et la douleur respiratoire, le point de côté, me conduisent à diagnostiquer une pleurésie diaphrag-

matique vers la base du poumon droit. Le sujet avait été pris de refroidissement à la sortie du bal de la veille.

Des inhalations de vapeur d'éther et de chloroforme et l'application sur la gorge d'éponges trempées dans des fomentations chaudes, calmèrent le spasme pharyngo-laryngé. La compression continue du creux épigastrique entrava le spasme diaphragmatique. La malade prit 4 centigrammes de chlorhydrate de pilocarpine : la sudation fut excessive et amenda graduellement le hoquet. Je n'avais plus qu'à combattre la pleurésie ordinaire.

Observation IV.

Eructation avec bruits expiratoires.

La nommée Céline P..., âgée de vingt-huit ans, se plaint de hoquet, de renvois bruyants avec resserrement à la gorge et à l'épigastre. Le tempérament ultra-nerveux est l'apanage de cette demoiselle. Il y a trois ans, à la suite d'une frayeur, elle fut tourmentée, pendant un laps de temps considérable, d'éructations gastriques bruyantes. Le médecin lui conseilla un régime tonique et le mal s'élimina. Depuis douze mois, des phénomènes identiques se présentent avec intensité plus considérable; la constriction épigastrique est déchirante à certains moments. Céline, guidée par l'expérience, chercha à recouvrer la santé par le régime fortifiant; l'hypéringestion créa une dyspepsie gastrique de l'anorexie et une perversion complète du goût; tous les aliments lui ont un goût de terre. Les renvois sont intermittents le jour et s'éliminent la nuit. Il survient de véritables crises de hoquet, avec éructations expiratoires; Céline se tient debout, le buste penché en avant, les poings sur les hanches, afin de trouver la force nécessaire pour expulser par le haut les gaz de l'estomac; il se produit alors dans un temps *expiratoire* plusieurs bruits se succédant avec rapidité, imitant assez bien le bruit de grosses bulles de savon qui éclatent, ou d'un ballon élastique qui crève (khoho... kho... ghok). Les accès, irréguliers dans leur retour, reviennent avec plus de rapidité et plus d'intensité quand le sujet garde la position assise. La fille est exempte de vomissements, de douleur gastralgique; le tympanisme est manifeste dans l'hypochondre gauche; la défécation n'offre de difficulté qu'au moment de hoquet considérable. L'écoulement cataménial

suit une périodicité idéale et amène une aggravation de phénomènes pathologiques. Les troubles de sensibilité pharyngo laryngée sont inconnus à la malade; la voix est ordinairement rauque; une toux sèche, pénible, quinteuse, persiste depuis un an; le matin, Céline ne peut émettre un son avant d'avoir ingurgité quelque liquide chaud. Des accès de suffocation avec constriction pharyngo-laryngée se manifestent à des intérvalles irréguliers; il existe des périodes vespérales de frissons auxquelles succède une sudation nocturne surabondante; la phymie est inconnue dans la famille. Le sujet est obsédé de lipothymies et de bâillements irrésistibles; les points hystériques sagital, spinal supérieur et sous-mammaire sont permanents; des céphalalgies paroxystiques amènent des vertiges, des bourdonnements d'oreille et des vomiturations.

Examen laryngoscopique. — La bouche est remplie de salive visqueuse. Pendant l'émission du bruit, la luette s'élève et se raccourcit, les piliers se rapprochent, le pharynx se rétrécit et subit un mouvement ascensionnel.

LARYNX. — I. *A l'état de repos.* — L'épiglotte physiologique permet, par sa disposition verticale, une large vue dans le larynx; les aryténoïdes, l'espace interaryténoïdien adossé à la paroi pharyngienne postérieure et les vraies cordes vocales, ne présentent pas une ombre des pathogénie. Les fausses cordes sont rouges et gonflées.

II. *Pendaut la respiration.* — A l'inspiration, la glotte s'ouvre au large jusqu'à son angle antérieur et présente un espace libre triangulaire à base postérieure; la trachée, visible à ce moment porte de la congestion et de l'hyper, sécrétion muqueuse.

A l'expiration, le côté droit du larynx se rapproche de la moitié gauche parétique.

III. *Pendant l'intonation.* — Les cordes ne se rapprochent pas complètement; elle laissent entre elles un espace ellipsoïde : leur surface supérieure offre, au lieu du plan horizontal physiologique, une concavité résultant de la paralysie des crico-aryténoïdiens et des latéraux.

IV. *Pendant les accès.* — L'émission des bruits et des gaz s'accompagne des phénomènes suivants : un mouvement ascensionnel se produit dans le larynx : les deux aryténoïdes sont violemment écartées de la paroi pharyngée postérieure; l'épiglotte se rabat sur le vestibule du larynx; les cordes

vocales par une contraction spasmodique ferment brusquement l'entrée des conduits aériens; il se forme entre le larynx et le pharynx œsophagien, une ouverture circulaire, un anneau spasmodique situé au-niveau de la base des aryténoïdes; cette constriction générale subit des mouvements de détente des oscillations contractiles correspondantes à la série des sons émis; la face postérieure des aryténoïdes est animée d'un mouvement vibratoire. Une détente générale marque la fin des bruits. La face antérieure de l'épiglotte est insensible.

Diagnostic : *hypersécrétion gazeuse de l'estomac, trachéite, parésie des latéraux avec spasme du pneumogastrique chez un sujet hystérique.*

Traitement. — Inhalations de vapeurs chaudes bromurées, jointes au bromure de potassium à haute dose à l'intérieur.

Le surlendemain, les renvois existent encore; ils ont perdu en intensité et s'accompagnent d'un bruit étouffé. Le laryngoscope révèle encore les phénomènes du premier examen, dépouillés de leur brusquerie spasmodique et de la rapidité de succession.

La raucité phonique disparut, mais il persistait un degré d'aphonie et de balonnement épigastrique : l'électricité eut raison du premier phénomène, le tympanisne abdominal céda à l'électricité jointe à l'usage de l'acide chlorhydrique et de la noix vomique.

Observation V.

Hoquet rebelle et spasme pharyngo-laryngé de nature hystérique.

La demoiselle D... (Sophie), âgée de dix-neuf ans, se présente à ma consultation en décembre 1882 et me supplie de la délivrer du hoquet qui la tourmente depuis dix-sept mois. Le jour, ce phénomène pathologique ne laisse le moindre répit; il se suspend pendant le sommeil, mais revient avec une ténacité désespérante dès qu'une ombre de réveil se manifeste. La patiente fait remonter la cause de son mal aux contrariétés, aux avanies qui lui valurent ses travaux professionnels. Son moral est déprimé et l'état imposé de couturière lui inspire un profond dégout.

Le bruit émis se rattache à deux types rhythmiques.

I. — Le premier temps de l'inspiration s'accompagne de

légères vibrations de la colonne aérienne, trahies par un faible degré de tremblement sonore; un arrêt brusque et bruyant marque la fin de la période inspiratoire; l'expiration suit précipitée, annoncée par un bruit de claquement valvulaire, analogue à celui de l'inspiration qui finit, mais d'un timbremoins élevé, et d'intonation plus plaintive; le bruit expiratoire peut être unique, ou bien s'épuiser en saccades dont la sonorité et le timbre s'affaiblissent à mesure que la colonne d'air expirée diminue.

Ghee ee ee ee mouk { Khee.
Khee ee ee ee

II. — Dans le deuxième rhythme, l'inspiration de très courte durée est caractérisée par un bruit brusque, d'un timbre très sonore, de tonalité élevée, unique ou bien suivi d'une intonation tremblante, interrompue subitement par un bruit se rapprochant du premier; l'expiration est toujours prolongée et en saccades.

Klouk
Klouk gee ee ouk { Khée ee ee ee ee ee

Histoire du sujet. — Je me permets de vous la faire complète parce qu'elle est des plus intéressantes sous le rapport du cumul des manifestations hystériques.

Antécédents. — La mère succomba à la tuberculose pulmonaire; le père jouit d'une santé ravissante; la phymie est l'affection héréditaire de la famille; aucun membre ne présenta le moindre symptôme de vesanie ou d'alcoolisme; l'hystérie et l'épilepsie sont inconnues dans leur arbre généalogique.

Histoire du sujet. — Sophie fut réglée à l'âge de douze ans. Depuis sa septième année la patiente vomissait tous les aliments et boissons : l'amaigrissement marasmatique en avait fait un véritable squelette. L'écoulement catamenial marqua la fin de ces phénomènes : la veille de la première époque, la fille se vit frappée d'une attaque hystéro-éclamptique de vingt minutes, dont la détente fut marquée par des vomissements incoercibles. Le lendemain, la mère découvrant du sang menstruel prit l'évènement en bonne augure et

annonça à sa fille la guérison certaine de ses vomissements. Elle fut bon prophète; l'estomac s'est dépouillé dès lors de son irritabilité spasmodique, et accepte, en âme docile, tout ce qu'un appétit vorace daigne lui offrir.

A l'âge de treize ans, Sophie fit une chorée de quatre-vingt jours. Vers la fin d'octobre, elle fut prise à deux heures de relevée d'un hoquet rebelle, accompagné de douleurs considérables dans le dos et dans les lombes; l'inspiration présentait un bruit unique, à timbre très élevé. Le sommeil fut introuvable et à minuit le médecin lui administra une potion morphinée. De une à quatre heures vomissements opiniâtres. Le lendemain, Sophie présente des contractions chroniques de la face et des membres; des mouvements choréïques gagnent en intensité; de la Toussaint à la Noël, la fille danse sans discontinuer et n'est nullement maîtresse de ses membres supérieurs; la révolte musculaire est si prononcée qu'une nuit elle ressemble à une sauterelle. La moindre émotion, l'ouverture brusque d'une porte la fait rouler sur les dalles en proie aux contorsions choréïques. De véritables attaques éclamptiques avec période clonique et tonique marquée à la face, se manifestèrent dans le cours de l'affection, d'une durée moyenne de quinze minutes, elles se répétèrent même plusieurs fois le jour.

L'amendement de ces manifestations morbides survit une marche graduellement ascendante et la guérison s'acheva vers la fin de janvier.

Notons que la malade avait alors une sœur âgée de quatorze ans, frappée également de chorée rebelle ; chez cette dernière l'ataxie cérébrale prédominait avec délire, incohérences de langage poussées au ridicule; la manie d'imitation existait chez nos deux choréïques, un mouvement baroque, désordonné de l'une était contrefait par l'autre avec une perfection achevée; bien souvent les deux sœurs roulaient sur le parquet en contorsions chroniques les plus variées. Les commentaires allaient leur train, des mégères avaient jeté des sorts et l'eau bénite fut appelée plusieurs fois à chasser les démons des malheureux ensorcelés.

ÉTAT ACTUEL.

Système nerveux. — Les facultés intellectuelles sont bien développées chez le sujet. Le caractère impressionable au

plus haut point demande à être traité avec douceur; la moindre contrariété provoque des accès irrésistibles de sanglots; il est des moments de crises, de pleurs et de fou rire que nulle cause ne justifie. Avant l'irruption du hoquet, le sommeil était interrompu par des rêves effrayants; depuis l'état actuel, Morphée renonce à la bercer dans ses bras et le repos fugace est des plus agités. La nuit ne la vit jamais somnambule; le soir amène régulièrement des baillements prolongés. La sœur est sujette aux vertiges, au délire, aux hallucinations fantasmagoriques. L'ouïe est excellente; l'oreille est le siège de bourdonnements intermittents imitant le bruit du vent dans les feuillages, se prononçant surtout dans l'oreille gauche pendant les vomissements. L'odorat est conservé; des renvois nidoreux, sulfhydriques remontent parfois de l'estomac, altèrent le goût et créent des vomissements. Un purgatif salin triomphe de ces troubles. Le champ visuel est normal; il n'existe ni strabisme, ni tic, ni nystagnus; l'achromatopsie suit l'état hystérique; Sophie a de la tendance à voir tout en rouge et dans le choix des couleurs, elle adore le rouge et méprise le bleu. Il survient par moments des obnubilations passagères, voire même de l'amblyopie. La malade est sujette aux migraines susorbitaires accompagnées de roulement des yeux et de vomissements. L'explosion d'un état pathologique est annoncé régulièrement par une céphalalgie plus ou moins intense avec douleur dorsale très prononcée. Le hoquet qui nous occupe, avait pour signe précurseur un malaise vespéral, accompagné d'anxiété et d'appréhension de maladie prochaine. Le lendemain Sophie était pâle, tourmentée de vomituritions. Vingt-quatre heures plus tard, elle se leva avec le hoquet.

La sensibilité générale souffre sur une grande échelle :

Points hystériques. — Le point sagital est très douloureux et ne permet pas le contact du bonnet; la douleur rachialgique, interscapulaire et lombaire se réveille à la pression sur les apophyses épineuses. Le point sous-mammaire gauche est des plus vifs; il est fixe et continue et empêche l'usage du corset. Il y a trois semaines la douleur de l'épaule et du sein, paroxystique, privait le sujet de l'usage de son membre supérieur gauche. Le point du grand droit gauche revêt la forme d'élancements; les régions ovariques sont le siège de douleurs irradiées et constituent le point de départ des migrations de la boule hystérique.

L'état moral exerce une influence prépondérante sur ces hypéresthésies locales; exaspérées par les contrariétés, ces douleurs s'amendent avec l'expansion de la joie.

La différence de sensibilité entre les deux côtés du corps est peu marquée, il existerait cependant une tendance vers l'hémi-anesthésie gauche. Les pieds sont le siège de fourmillements intercurrents; le pied gauche semble plus lourd : sa sensibilité tactile est pervertie et donne la sensation subjective d'un coussin interposé entre la plante et le sol. La fille est sujette aux crampes des gastro-cnémienos. Un prurit passager parcours par intervalle les membres et le dos. La paresthésie de température n'existe en aucun point du corps; la sensibilité tactile manuelle ne subit aucune atteinte, le sens musculaire garde toute son intégrité physiologique. Les réflexes tendineux se font avec une certaine exagération, les réactions électriques sont manifestes mais très mal supportées. L'atrophie du membre supérieur gauche est frappante : le bras présente sur son congénère un raccourcissement de 5 centimètres, les deux avant-bras sont symétriques; les muscles de l'épaule sont atrophiés et leur articulation présente une ankylose complète. Existe-t-il là une simple atrophie musculaire consécutive à une lésion articulaire? A l'âge de sept ans, Sophie éprouva subitement dans le bras gauche et surtout dans la région deltoïdienne des douleurs insupportables, des élancements irradiés s'accompagnant de fourmillements dans les doigts. Sur le simple rapport verbal, le médecin consulté porta le diagnostic de rhumatisme : le mouvement possible était interdit, coupé par la douleur; celle-ci persista pendant neuf ans et présenta sa plus grande intensité vers l'insertion claviculaire antérieure du deltoïde.

La face est alternativement le siège de bouffées de chaleur et de pâleur subite : il est des moments où l'une moitié semble plus froide que l'autre. Il y a trois ans des hémorrhagies nasales se répétèrent quotidiennement vers onze heures du matin pendant sept semaines.

Appareil respiratoire. — Le système pulmonaire est exempt de phénomènes morbides; seules les crises de perversion nerveuse générale s'accompagnent de dyspnée passagère, trahissant des spasmes trachéo-bronchiques. La sœur est sujette aux hémoptysies trachéales.

Appareil circulatoire. — Des palpitations cardiaques se

manifestent chez Sophie, spécialement au moment d'humeur triste ou de désirs non satisfaits. Des accès de chaleur interne, accompagnés de sueurs abondantes, alternent avec des stades de frissons, d'horripilations générales. Le pouls, précipité, est régulier et présente une certaine résistance.

Voies digestives. — L'appétit est excellent; l'estomac, sans goûts dépravés, aime la bonne chère, ne rend jamais ce qu'on lui donne, et chasse par des éructations bruyantes et prolongées les gaz qui le distendent et le gênent. La tendance à la constipation existe dès qu'un trouble nerveux bouleverse la malade (absence de sécrétion intestinale par constriction vasculaire due à l'irritation du grand sympathique, ou bien paralysie et distension intestinale). Le tympanisme abdominal, prononcé chez la sœur, n'atteint jamais des proportions considérables.

Appareil urinaire. — La polyurie avec mictions très fréquentes, s'accompagne de fausses alertes, de ténesme que l'ingurgitation d'un verre d'eau fait cesser immédiatement en provoquant l'écoulement de l'urine.

Appareil génital. — La menstruation, capricieuse est irrégulière dans son retour, offre des pertes de sang de six jours, crée des coliques très vives, cause une exacerbation douloureuse des points hystériques et est suivie de leucorrhée.

L'excitation génésique est nulle; notre sujet a peur des hommes.

Phénomènes des premières voies. — Bouche. — Pharynx. — Larynx. — Œsophage. — Le ptyalisme est prononcé. La langue est animée de mouvements choréiques continus : dès que la bouche s'ouvre, la langue se bombe et est parcourue de vibrations vermiculaires dans le sens transversal. Sophie accuse un point douloureux ulcératif au frein de la langue; une inspection minutieuse ne révèle pas une ombre de lésion pathologique. A l'inspiration, la base de la langue est fortement abaissée et l'organe se creuse : à l'expiration, la langue se soulève et s'aplatit. La base de la langue et l'angle glosso-épiglottique sont le siège d'hyperesthésie douloureuse.

A l'inspiration, la luette se raccourcit et s'élargit; le voile se tend, les piliers se rapprochent; l'expiration s'accompagne spécialement de l'élévation de la luette et du voile; les piliers postérieurs, surtout le droit, ferment l'accès du pharynx nasal. La sensibilité du voile est exagérée.

Le pharynx subit, dès l'expiration, un mouvement de descente légère suivi d'élévation verticale et de rétrécissement spasmodique transversal ; l'organe est rouge et présente des phénomènes de paresthésie. Le sujet accuse de la sécheresse, malgré une sécrétion abondante; depuis un mois, Sophie est tourmentée de chatouillements dans la gorge : l'ingestion d'aliments chauds provoque parfois des douleurs intolérables, irradiées dans la nuque et le dos; une gorgée d'eau froide, l'homœopathe de la malade, élimine instantanément ce symptôme.

La sensation de la boule hystérique est un fait prédominant dans l'histoire de la maladie actuelle. Depuis nombre d'années, sous une cause morale déprimante, une boule remonte de l'hypogastre à la gorge, y fait naître la sensation d'un corps étranger siégeant aux premiers cartilages de la trachée; la déglutition d'une gorgée d'eau froide a raison du resserrement. La constriction gutturale d'aujourd'hui est rémittente, s'exaspère par la tristesse et le déssèchement de la gorge; son exacerbation élève le timbre du hoquet. Avant l'état actuel, il arrivait à Sophie d'avaler de travers avec menace de suffocation, toux et rejet de matières par le nez; depuis les manifestations du hoquet, la déglutition est toujours excellente, bien qu'elle semble subdivisée en plusieurs petits mouvements partiels.

Larynx. — Depuis deux ans, la fille fut atteinte à diverses reprises d'une toux rauque, stridente, avec aboiements insupportables : ces phénomènes persistaient en moyenne sept à huit semaines. La sœur porte depuis dix mois un coryza et une toux sèche d'un timbre des plus énervants. L'aphonie est inconnue du sujet.

Le larynx offre deux points douloureux : le premier est situé au bord supérieur du cartilage thyroïde, près de la grande corne droite; le second est situé plus profondément au niveau du cartilage aryténoïde droit, entre ce dernier, la colonne vertébrale et le paquet vasculaire et nerveux.

Examen laryngoscopique. — Dès qu'on tire la langue pour l'application du miroir, un flot de salive s'accumule dans la bouche; le miroir éveille une sensibilité douloureuse par son contact avec la luette, et amène la suspension immédiate, mais momentanée du hoquet. L'inspection du larynx, pratiquée en ce moment et pendant les mouvements de respiration

profonde, nous montre une épiglotte physiologique dans sa conformation, sa position et sa coloration; les aryténoïdes et l'espace inter-aryténoïdien sont congestionnés; les processus vocalis et les vraies cordes présentent une teinte rosée; l'injection vasculaire est manifeste dans le canal trachéen.

En dehors du hoquet, le larynx reste largement ouvert et garde son immobilité; pendant la phonation (a, e, i), le rapprochement des cordes ne laisse rien à désirer; au bout de quelques instants, une contraction spasmodique parcourt le larynx : le hoquet est là.

Phénomènes de l'inspiration. — L'épiglotte se rabat légèrement sur le larynx; dès que l'air inspiré passe une seconde à travers la glotte inter-cartilagineuse ou respiratoire, un spasme ferme complètement son ouverture; les cordes se rapprochent brusquement si le spasme est unique et violent, ou bien elles sont animées de secousses vibratoires multiples pour arriver en dernier lieu à une juxtaposition plus ou moins complète; l'aryténoïde droite est régulièrement projetée au devant de la gauche; le spasme semble naître en dessous de la région glottique; il se produit dans la trachée, sous la base des aryténoïdes, une constriction circulaire qui envahit en un clin d'œil les vraies et fausses cordes vocales; ce spasme correspond au dégagement brusque des aryténoïdes de la paroi pharyngée postérieure, ainsi qu'à l'apparition d'un anneau spasmodique à l'union du pharynx et de l'œsophage.

Phénomènes expiratoires. — L'expiration suit brusquement la phase inspiratoire; l'épiglotte se relève perpendiculairement, le larynx subit en totalité un léger mouvement ascensionnel; la glotte s'ouvre, la colonne d'air emprisonnée s'échappe d'un trait ou en saccades, suivant le décollement unique des cordes, ou leur relâchement spasmodique ondulé. Les fausses cordes participent également aux contractions vibratoires énoncées.

Il n'existe aucun intervalle libre entre les mouvements respiratoires.

A l'extérieur, le spasme inspiratoire entraîne la formation d'une saillie de toute la région sus-hyoïdienne: le côté droit présente un pli plus manifeste, une saillie prononcée du peaucier. L'expiration est précédée d'un mouvement d'abaissement du larynx d'environ un centimètre.

Sensibilité du larynx. — L'épiglotte est très sensible. Son

attouchement provoque la douleur, mais n'entraîne aucun phénomène réflexe. La sonde laryngienne reste sur les vraies cordes vocales et dans leur interstice sans créer un phénomène reflexe : le moindre contact des processus vocalis et de la région aryténoïdienne est suivi de toux avec augmentation des spasmes et interversion des bruits.

Pendant le hoquet, la région épigastrique est le siège de tiraillements des plus douloureux.

Causes influençant l'intensité du spasme. — Nous avons vu que toute cause psychiqne déprimante augmente le spasme.

Circonstances antispasmodiques :

1. — Il suffit au sujet d'ouvrir une large bouche, et de tirer la langue pour éliminer momentanément son hoquet.

2. — L'application du miroir sur la luette constitue aussi un palliatif passager.

3. — Une respiration profonde, rhythmique, calme le spasme pendant plusieurs minutes. La volonté inébranlable de l'examinateur n'est pas étrangère à la suspension du phénomène.

4. — L'ingestion d'aliments et de boissons chasse les bruits pendant tout le temps de sa durée; qu'elle cesse, et le hoquet est là.

Le sujet éprouve immédiatement un grand vide d'estomac; deux heures après un dîner copieux elle a une faim dévorante.

5. — Une inspiration de nitrite d'amyle congestionne la tête et n'amène aucun soulagement.

6. — L'électrisation faradique latérale du larynx, avec un courant descendant stabile, ne produit aucun effet; le même courant stabile arrête les spasmes pour plusieurs secondes; une reprise de hoquet se déclare pendant l'application même de l'électricité.

7. — Un badigeonnage intra-laryngé avec une solution de morphine au dixième ne provoque aucun amendement.

8. — La compression latérale du larynx, simulant un écrasement transversal de la partie supérieure du cartilage thyroïde, entrave d'abord, arrête ensuite le hoquet.

Pendant cette dernière expérience, un phénomène curieux se produit; les paupières se ferment; la malade souriante dit d'une voix qui s'éteint : Ah ! je sens que la boule est là ! La respiration devient calme et Sophie s'endort. Dès que la compression est levée, le réveil se fait et le hoquet revient sans merci.

Le même phénomène d'hypnotisme se présente quand on comprime méthodiquement le point douloureux correspondant au ganglion sympathique cervical, situé au niveau de la grande corne de l'os hyoïde.

9. — La faradisation du grand sympathique, le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, avec un courant descendant, suspend le hoquet pendant cinq minutes et ralentit dans la suite son rhythme.

10. — Le hoquet s'arrête encore par la compression du pli de la peau qui se forme dans la région sus-hyoïdienne droite pendant la manifestation des bruits.

11. — Une sonde œsophagienne élimine le hoquet pendant le temps de son application.

Nous n'avons pu trouver de point hystérique qui eût quelque influence sur la genèse ou la suspension des symptômes morbides.

L'auscultation du cou révèle parfaitement tous les bruits : l'oreille, appliquée sur la nuque, reçoit les meilleures perceptions le long du bord gauche de la colonne vertébrale, jusqu'aux divisions de la trachée. Le bruit expiratoire y offre une intensité prépondérante. Le premier bruit se déniche le mieux vers les anneaux trachéens-supérieurs.

A la paroi antérieure du thorax, le bruit s'entend par toutes les divisions de l'arbre aérien, en diminuant d'intensité à mesure qu'on s'éloigne du tronc principal.

Cet examen expérimental dura du 19 au 24 décembre.

Traitement. — Pendant les cinq jours d'essai, la demoiselle prit 25 grammes d'acide bromhydrique anglais.

Du 24 au 26 on administra :

Eau de tilleul.	120 grammes.
Eau de laurier cerise. . .	15 —
Bromure de potassium. .	15 —
Sirop d'éther.	} ââ 30 grammes.
Sirop de morphine. . . .	

Le 26, le hoquet semble ralenti : le sommeil fut calme, la rougeur pharyngo-laryngée diminue. La malade fait chez moi une inhalation de vapeurs chaudes et calmantes (30 gr. d'eau pour 1 gr. de bromure). Le hoquet se suspend pendant toute la durée de la vaporisation, il reprend immédiatement avec dédoublement du premier bruit.

Je prescris pour 2 jours la potion suivante :

Eau de tilleul	120 grammes.
Eau de laurier cerise. . .	15 —
Bromure de potasium . .	25 —
Sirop d'éther.	} ââ 45 grammes.
Sirop de morphine	

Le 28, le hoquet est devenu intermittent ; le timbre a baissé considérablement; le ralentissement dans l'émission des bruits se prononce de plus en plus; les mouvements respiratoires profonds éliminent entièrement le hoquet.

La médication est continuée aux mêmes doses. Le sujet s'efforcera d'exécuter des mouvements respiratoires profonds.

Le 29. l'amélioration s'accentue davantage. La fille accuse du vertige, de la somnolence et de la difficulté de la marche ; l'appétit est excellent. La dose quotidienne de 10 à 12 gr. de bromure est maintenue pendant deux jours. Du 1er au 4 janvier, la quantité journalière est réduite graduellement à 6 grammes.

Le 4 janvier, le hoquet est rarissime; il persiste une sensation de corps étranger dans la gorge; la parole est lente et difficile; la marche est titubante; la malade accuse des douleurs dans la tête, le dos, l'épigastre et les membres inférieurs. Un état nauséeux se manifeste; la soif est prononcée, la constipation s'établit. La gorge est sèche. le voile, les piliers et l'angle glosso-épiglottique sont insensibles; le larynx a perdu sa coloration congestionnée; les aryténoïdes seules portent une teinte rougeâtre. Les cordes parétiques se rapprochent avec difficulté pendant l'intonation.

Malgré les phénomènes de saturation, je prescris encore 3 grammes de bromure par jour, jusqu'à cessation absolue du hoquet.

Le 8 janvier. le hoquet se déclare encore deux, trois fois par jour, et se limite à l'émission d'un simple bruit unique. La malade porte un acné bromique. répand une mauvaise odeur buccale, accuse un goût bizarre dans la bouche, un affaiblissement de la vue, une gêne de déglutition, des envies de vomir. Sophie est prise depuis deux jours d'accès de toux grasse et éprouve, au niveau de l'os hyoïde, la sensation d'un corps étranger qu'elle ne parvient pas à expectorer.

L'inspection laryngoscopique nous révèle une longueur des

cordes vocales et déniche un gros bouchon de mucus desséché situé sur la paroi antérieure de la trachée, dans l'angle formé par le cartilage thyroïde et les insertions antérieures des cordes vocales.

Traitement. — Inhalations de vapeurs chaudes et 5 gr. d'acide bromhydrique anglais.

Le 15 janvier, la guérison est complète. Le sujet diminuera insensiblement les doses d'acide bromhydrique anglais.

Je revis la malade au mois d'avril; les phénomènes d'intoxication avaient disparu petit à petit; la guérison était radicale et durable. L'empoisonnement bromhydrique a doté cette hystérique d'une santé florissante exempte, depuis cette époque, de tout nervosisme.

Conclusions théoriques.

Le hoquet résulte d'une irritation directe ou reflexe du nerf spinal, et se traduit par un spasme de tous les muscles innervés par ce nerf lui-même où ses anastomoses. La contraction clonique porte spécialement sur les muscles pharyngo-laryngés, innervés par le pneumogastrique, qui reçoit ses filets moteurs du spinal, et sur le diaphragme animé par le nerf phrénique, branche du plexus cervical qui se trouve anastomosé directement avec l'accessoire de Willis. Le spasme du premier groupe musculaire engendre le bruit : celui du diaphragme provoque la gêne du creux épigastrique : le phénomène laryngé ne manque jamais : la contraction diaphragmatique peut n'être que très modérée : le pneumogastrique moteur c'est le spinal lui-même; le nerf phrénique n'a qu'un degré de parenté avec la onzième paire.

L'action du spinal nous explique exactement toutes les contractions musculaires synergiques qui se produisent pendant le hoquet.

I. Le spasme du sterno-cléïdo-mastoïdien et du trapèze provoque le renversement de la tête en arrière et le mouvement d'élévation de la partie supérieure du thorax.

II. Symptômes créés par l'action du pneumogastrique :

1° Les rameaux pharyngiens animent les constricteurs du pharynx et créent l'élévation du larynx;

2° Le nerf laryngé supérieur, par son irritation contractile, abaisse l'épiglotte et tend les cordes vocales; l'action du muscle crico-thyroïdien nous explique pourquoi le bruit du hoquet est toujours aigu et d'autant plus élevé que le phénomène gagne en intensité;

La fermeture brusque du larynx ne peut cependant être tout à fait étrangère à la hauteur du ton émis;

3° Le nerf récurrent, moteur par excellence, anime les constricteurs du larynx, *et en même temps leurs antagonistes, les dilatateurs de la glotte*. La glotte se ferme cependant sous l'excitation du récurrent, parce que la raison du plus fort est toujours la meilleure. La singulière et heureuse coïncidence de l'innervation des antagonistes par un seul et même nerf doit sauver de l'asphyxie des sujets atteints de spasme du larynx;

4° Le pneumogastrique innerve la trachée et les bronches. Cette circonstance nous expliquerait la possibilité de la formation d'un deuxième bruit, bruit de relâchement (hocquée). Le premier est dû au spasme des nerfs laryngés; l'air emprisonné, comprimé dans la trachée et les bronches pendant le premier temps, s'échappe avec violence dès la moindre détente des cordes vocales;

5° La dixième paire se distribue à l'œsophage et à l'estomac. Pendant le hoquet ces deux organes sont animés de mouvements spasmodiques et les gaz peuvent remonter par les contractions anti-péristaltiques de l'œsophage.

6° Le pneumogastrique arrête les mouvements du cœur : les impulsions cloniques du nez nous fournissent la genèse des palpitations cardiaques;

III. — Le spinal et le pneumogastrique envoient des anastomoses multiples au plexus cervical qui donne naissance au nerf phénique. La contraction du diaphragme entraîne une constriction en ceinture à l'hypogastre : le diaphragme est un muscle uniquement *inspiratoire*; aussi le hoquet est-il essentiellement constitué par un spasme inspiratoire.

IV. — Les anastomoses du pneumogastrique et du spinal avec le glosso-pharyngien et le grand hypoglosse nous expliquent les mouvements du voile du palais, l'ouverture de la trompe d'Eustache avec le contre coup

que l'on ressent parfaitement dans les oreilles; les mouvements de la langue, les saillies et les excavations qui se produisent dans la région sus-hyoïdienne.

Conclusions pratiques sur l'étiologie et le traitement.

Causes. — La cause unique du hoquet, est l'irritation centrifuge au nerf spinal l'impulsion contractive descend directement des centres nerveux (hoquet et spasmes hystériques, etc.), ou bien naît à la périphérie du corps et se produit d'une manière réflexe. Le champ de génèse réflexe idéal doit se trouver naturellement dans le domaine des nerfs sensitifs qui accompagnent les fibres motrices du spinal; nous y rencontrons le pharynx, le larynx, la trachée, tout l'arbre respiratoire, l'œsophage et l'estomac (pneumogastrique); ensuite la bouche et les piliers (glosso-pharyngien) et le diaphragme lui-même (nerf phénique); toute manifestation antiphysiologique de ces divers organes peut engendrer le hoquet.

Les émotions vives, la frayeur, l'action du froid sur la peau, etc., peuvent créer une irritation centripède qui se réfléchit sur le spinal et provoque le hoquet.

Il est donc absurde de prendre de prime abord et invariablement l'estomac et le diaphragme comme générateur du phénomène pathologique qui nous occupe. Avant d'instituer un traitement il faut passer en revue tout l'arbre respiratoire, y compris le nez, et les voies digestives dans toute leur étendue.

Chez les personnes sub-hystériques, une étude minutieuse sera faite des circonstances extérieures, qui ont une influence prépondérante sur les ébranlements du système nerveux.

1. — *Thérapeutique.* — Est-il rationnel de retenir l'air emprisonné dans les voies respiratoires en fermant la bouche et le nez?

Si nous songeons que le hoquet se caractérise surtout par un spasme du pharyngo-larynx (voies respiratoires) et du diaphragme (muscle essentiellement inspiratoire), l'inaction forcée ou la contraction contre carrée de ces muscles doit éliminer le hoquet dans les cas de spasme simple de ces éléments musculaires.

2. — L'introduction de la sonde œsophagienne, l'action

de boire à longs traits continus, peut arrêter ou convertir une contraction irrégulière des muscles du pharynx, de l'œsophage et du larynx.

3. — La compression épigastrique, énergique et prolongée, offre un moyen mécanique rationnel pour éliminer le spasme du diaphragme. Les mouvements respiratoires se font sans ampleur; le hoquet est le résultat d'une action musculaire synergique; l'entrave mise au fonctionnement d'un seul muscle respiratoire provoque la rupture d'un anneau de la chaîne de contraction clonique, le bouleversement du rhythme des bruits, voire même l'écroulement du hoquet.

4. — Les antispasmodiques par toutes les voies sont indiqués dans les spasmes idiopathiques (éther, chloroforme, morphine, bromure de potassium, etc.).

5. — L'électrisation du diaphragme et du nerf phrénique constitue un moyen homœopathique qui réussit à l'occasion. Le traitement *similia similibus* trouve ici une application précieuse : une frayeur subite causée soit par l'application inopinée du chaud ou du froid à la nuque, soit par la chute d'un objet, soit par une nouvelle à sensation, soit par un cri inconsidéré, etc., etc., chasse des hoquets qu'elle crée dans d'autres circonstances.

6. — Le jaborandi est précieux dans les refroidissements, les spasmes, dus au catarrhe débutant du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches, de la pneumonie, la pleurésie, etc. Ce médicament constitue un révulsif puissant qui rappelle des fonctions supprimées par la cause morbigène.

7. — Les inhalations chaudes, les révulsifs locaux, les antiphlogistiques institués rationnellement et appropriés aux organes malades, apportent la guérison des hoquets de nature inflammatoire.

Je me rappelle ces mots de mon maître vénéré, le professeur Cranin :

« Gardez-vous d'attribuer tout hoquet à une affection » spasmodique du diaphragme. Songez aux maladies de » nature inflammatoire, surtout de *tous* les viscères, qui » sont en contact avec le diaphragme. Il m'arriva souvent » de guérir par quelques sangsues des hoquets qui » avaient résisté à toutes les drogues antispasmodiques. »

8. — L'air comprimé, le régime, l'usage des matières qui favorisent la digestion, remplacent et soulagent le fonctionnement des poumons et de l'estomac, dont l'inaction engendre le hoquet.

9. — L'ablàtion, l'extraction ou la destruction des corps étrangers résidant dans les vois digestives et respiratoires, sera pratiquée dans les circonstances occasionnelles.

Fracture probable des osselets de l'ouïe par violence indirecte;

par le Dr E. J. Moure (1).

Si les lésions traumatiques de la caisse, par causes indirectes, sont relativement assez, fréquentes et si les fractures du rocher intéressent très-souvent la caisse du tympan et la chaîne des osselets, ces dernières lésions n'ont évidemment, en général, qu'une importance médiocre eu égard à la gravité des premières ; de telle sorte que bien souvent la lésion de l'oreille moyenne qui est en somme secondaire passe à peu près inaperçue. Beaucoup plus rarement, je crois, on a observé une fracture, ou tout au moins une disjonction des osselets de l'ouïe, sans fracture appréciable du rocher. Aussi est-ce à ce titre que j'ai cru intéressant de rapporter en détail l'observation d'un malade que j'ai eu l'occasion d'examiner avec deux des plus distingués confrères de notre ville MM. les Professeurs Pitres et Vergely, et au sujet duquel nous avons du reste rédigé un rapport médico-légal qui contient l'historique de la maladie et les résultats de nos examens successifs.

Observation.

Le nommé X... ayant été envoyé en vigie le 20 juin 1881, fut chargé de pousser des wagons. Il s'acquitta de cette manœuvre en appuyant l'épaule gauche contre le tampon d'un wagon. En exécutant ce mouvement, il reçut un double coup, l'un à la région pariétale droite et l'autre à la région mastoïdienne gauche.

Il perdit connaissance sur le champ, une assez grande

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 19 octobre 1883.

quantité de sang s'écoula aussitôt des deux oreilles, *surtout de la droite;* un médecin appelé crut à une fracture du crâne et déclara que la vie du blessé courait les plus grands dangers. Grâce à sa robuste constitution et après un temps assez long, M. X... se rétablit, mais il était devenu sourd.

Au moment où le malade se présente à notre examen, il a l'air apathique, presque hébété, sa démarche est mal assurée, mais son état général paraît être encore assez bon, quoiqu'il ait, dit-on, considérablement maigri depuis l'accident.

En l'examinant de plus près il est facile de constater qu'il existe une asymétrie bien nette du visage : les traits du côté droit sont affaissés, les sillons moins marqués, la paupière moins relevée, la pointe de la langue légèrement déviée vers la droite.

La mobilité de tous les muscles est affaiblie et d'une manière générale la force musculaire est notablement diminuée.

M. X... ne peut plus aujourd'hui faire une course un peu longue sans être obligé de s'arrêter plusieurs fois et sans éprouver une fatigue considérable.

La sensibilité générale est amoindrie et l'hyperesthésie est surtout bien accusée du côté droit de la face.

Depuis le jour de l'accident le malade est devenu indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, rien ne l'intéresse, il n'a aucun désir, ne se préoccupe de rien et reste facilement inactif et comme plongé dans une sorte de torpeur. L'intelligence est nette, mais il existe chez lui un ralentissement de toutes les fonctions intellectuelles. La mémoire est assez bien conservée, l'appétit est médiocre, les fonctions digestives s'accomplissent d'une manière normale. Le cœur et les poumons n'offrent rien de particulier digne d'être signalé. La vue est parfaitement nette, les deux pupilles sont égales et se contractent sous l'influence de la lumière. Le sens de l'odorat est également intact.

Quant à l'organe de l'ouïe, bien que le malade ne soit pas absolument sourd, il existe cependant un degré de surdité assez prononcé, surtout du côté droit, et l'on est obligé pour se faire comprendre de parler très fort et très près de l'oreille au malade. A gauche toutefois l'audition est bien moins compromise, mais l'on doit parler à voix haute pour se faire comprendre.

L'examen de cet organe nous fournit les données suivantes :

La perception crânienne à la montre est nulle dans tout le côté droit, sauf au niveau de la région temporale, où elle existe encore un peu; du côté gauche la transmission par voie osseuse est également nulle aux régions frontale, fronto-pariétale et mastoïdienne, mais elle existe au niveau des régions temporale, temporo-pariétale.

Le diapason (la^3 ou ut^2) placé sur le vertex est beaucoup mieux entendu du côté gauche, même en fermant l'oreille droite; bien, plus il est à peine perçu du côté droit.

La montre ordinaire placée au-devant des méats auditifs n'est pas entendue du côté droit, mais le tic tac est perçu à 2 ou 3 centimètres du côté gauche.

Enfin le malade éprouve des bourdonnements continuels (bruit de vapeur, sifflements, coups de marteau), qui augmentent par intervalle; sa marche est indécise, mal assurée quand il ferme les yeux ; et souvent même il éprouve des vertiges assez violents qui ne vont pas toutefois jusqu'à entraîner la perte de la connaissance et ne sont accompagnés d'aucun trouble gastrique ni de l'augmentation des bourdonnements.

A l'examen des oreilles nous constatons :

Du côté droit, le conduit auditif est sain et ne porte aucune trace de cicatrice, mais la membrane du tympan est fortement déprimée vers la caisse, à laquelle elle est à peu près accolée en arrière; sa coloration est normale dans sa moitié antérieure; le triangle lumineux, dont il n'existe plus que le sommet, est dévié et se dirige vers la partie antéro-supérieure de la caisse ; le manche du marteau a sa coloration normale, mais il est également dévié. En arrière et parallèlement à cet osselet existe une cicatrice linéaire venant se terminer à la hauteur de l'apophyse externe du marteau, cicatrice qui est évidemment le point où s'est faite la déchirure du tympan lors de l'accident. Au niveau de la partie postéro-supérieure du tympan, à peu près vers l'union du marteau et de l'enclume, existe une congestion notable et un épaississement, ou plutôt une sorte de saillie osseuse d'un gris jaunâtre, qui semble indiquer une soudure de ces deux osselets par suite d'une fracture ou d'une véritable dislocation de cette partie de la chaîne au moment de l'accident.

Au spéculum de Siègle le tympan est à peine mobile au niveau de sa partie antéro-inférieure.

Du côté gauche le tympan est un peu terne, dépoli et un peu épaissi, mais il n'existe aucune cicatrice.

Réflexions. — En résumé, si l'on ne peut affirmer l'existence d'une fracture du crâne, il est probable que l'accident a déterminé, en dehors de la rupture du tympan et de l'hémorrhagie qui en a été la conséquence, rupture dont il existe une cicatrice des plus nette, l'accident, dis-je, a déterminé un tiraillement et très probablement une fracture des osselets de l'ouïe, compliquée évidemment d'une lésion traumatique des organes contenus dans l'oreille interne.

Ainsi s'expliquent, à mon avis, et la présence de cette tubérosité osseuse, véritable cal situé au niveau de la partie supérieure du manche du marteau, la surdité, les vertiges et les bruits subjectifs qui tourmentent le malade.

Bien que cette observation n'offre pas toute la rigueur scientifique désirable que pourrait seul donner l'examen nécroscopique de la région, elle m'a paru cependant assez digne d'intérêt pour mériter de vous être communiquée.

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro l'article de M. le Dr Baratoux sur la *Syphilis de l'oreille*.

REVUE DE LA PRESSE

Communication préalable sur les résultats de l'examen de l'ouïe de 4,500 écoliers; par le Dr Weil (Stuttgart). — Il s'agit de 4,500 enfants, garçons et filles, de l'âge de 7 à 14 ans :

1° L'oreille normale entend la voix sourde d'intensité moyenne à 20 ou 25 m. ;

2° Les troubles de l'ouïe sont énormément fréquents. Jusqu'à 30 p. 100 d'enfants d'école primaire n'entendent qu'insuffisamment d'une ou de deux oreilles ; plus grand était le nombre de ceux qui n'entendaient que d'une manière anormale ;

3° Les enfants de familles aisées donnent des meilleurs résultats que ceux de familles pauvres ; c'est ainsi que je n'ai

trouvé par exemple dans le « Catharinenstrift » (pensionnat de jeunes filles), pas plus de 10 p. 100;

4° Les proportions (en pour cent) des troubles de l'ouïe augmentent avec l'âge;

5° Les écoles de campagne (si je puis faire une conclusion d'après les enfants de Degerloch) donnent des résultats relativement favorables.

Quant à l'examen particulier de chaque oreille, j'ai trouvé par exemple :

Perforation du tympan avec otorrhée, chez 2 p. 100.

Bouchons de cérumen ou commencement de bouchon (bien entendu quand un segment assez grand du tympan en était couvert), dans 13 p. 100 à peu près; si ce n'était que le repli postérieur, dans 5 p. 100.

La plupart n'avaient jamais subi de traitement; beaucoup ne se doutaient pas de leur infirmité. Un bon nombre d'entre eux étaient considérés comme inattentifs et traités en conséquence. Ce qui prouve l'exactitude de la remarque que j'ai faite dans le *Monatsschr. f. Ohrenh.* 1880, n° 12 :

« Que chaque enfant inattentif devrait subir un examen de l'ouïe. »

Il est évident que beaucoup d'enfants qui ont l'air distrait présentent des troubles de l'ouïe plus ou moins grands. (*Monatsschr. f. Ohrenh*, 1881, n° 8.)

L. Bayer.

De la complication de la diphtérie par inflammation de la glande thyroïde; par le professeur Brieger, Berlin. — Cette complication n'était pas encore connue jusqu'à ce jour; aussi la communication de deux cas observés par l'auteur à la clinique de l'Université est-elle d'autant plus intéressante. L'un des cas, où la complication était survenue le troisième jour de la maladie, finissait vingt jours après par un abcès qui fut incisé. Dans l'autre cas, l'inflammation fut combattue à l'origine par une antiphlogose énergique et par l'application de sangsues.

Dans les deux cas, la thyroïdite se termina plus vite que la diphtérie locale. Admettons avec l'auteur que le même microbe fut la cause directe et de la thyroïdite et du processus diphtéritique. (*Charité-Annaler VIII. Jahrg.*, 1883 et *Allg. med. Central. Ztg.* n° 67, 1883.) L. Bayer.

Contribution à l'étude des lésions du nerf vague; par R. Riedel. — Voulant faire la ligature de la veine jugulaire commune à l'occasion de l'extirpation d'un goître ayant atteint le volume des deux poings et comprenant surtout le lobe gauche, chez un ouvrier de 49 ans; il fut nécessaire de diviser le nerf vague, très mince du reste, et, se trouvant par anomalie à 2 centimètres de la carotide, on avait réséqué 15 centimètres du nerf. Douze jours plus tard, alors que la cicatrisation de la plaie avait suivi une marche normale, survint un violent frisson se répétant le lendemain matin, et le malade, qui n'avait expectoré que quelques crachats muco-purulents, mourut sans signe de dyspnée le quatorzième jour.

A l'autopsie, on trouva dans la plaie, autrement saine, à la place de la ligature de la veine jugulaire, un caillot en voie de dissolution, mais pas de thrombose ni dans la veine même, ni dans ses ramifications cérébrales, ni ailleurs. Le ventricule gauche de Morgagni, était moins bas que le droit, les muscles de la corde vocale gauche en voie de dégénérescence graisseuse; on constatait en outre une bronchite purulente diffuse, sans œdème et sans abondance de sang. Le parenchyme pulmonaire était sain, le poumon droit était œdémateux, gorgé de sang, sans trace de bronchite. Vu la rareté relative des bronchites unilatérales, l'auteur croit qu'il s'agissait ici d'une altération des bronches où le nerf vague, comprimé d'abord par la tumeur et divisé ensuite, aurait joué un certain rôle; opinion quelque peu contradictoire à celle admise par bien des praticiens, à savoir que la division unilatérale du nerf sain et n'ayant subi aucune transformation à la suite d'une tumeur, n'est point regardée comme accident grave. (*Berlin Klin. Wochenschr.*, n° 23, 1883, et *Centralbl. für med Wissensch.*, n° 41, 1883.) L. Bayer.

Trouble de la déglutition due à une paralysie du recurrent gauche; par K. Déhio. — La malade, âgée de 54, ans eut deux semaines avant son entrée à l'hôpital un fort refroidissement. Au moment où elle se présentait elle était peu fiévreuse, sa respiration était accélérée, les extrémités du nez et des lèvres cyanosées; la toux, paroxystique, offrait cette particularité qu'elle ne commençait pas par une fermeture de la glotte, où elle était plutôt bruyante par suite de dépense exagérée d'air, de sorte que la malade se trouvait après chaque accès

hors haleine; la voix était monotone. Au laryngoscope, l'épiglotte apparaît droite, relevée, presque immobile, le côté droit seulement s'abaisse légèrement pendant les efforts de phonation et de déglutition. Le ligament ary-épiglottique droit au moment de la phonation vient se placer en ligne droite; à gauche au contraire existaient les signes caractéristiques de la paralysie complète du récurrent.

L'intérêt clinique du cas, qui s'améliorait par la faradisation et les injections de strychnine, consiste dans l'association de la paralysie du récurrent avec le trouble concomitant de l'acte de déglutition. Les cas décrits par Gerhardt, Turck et Ziemssen, causés par la diphtérie, la paralysie bulbaire et autres affections de centres cérébraux, se rapportent tous à une paralysie locale musculaire, ou à une affection simultanée du laryngé supérieur, et dans ces cas la déglutition de travers s'expliquait par la paralysie des muscles ary-épiglottiques. Dans le cas présent, pour expliquer le trouble apporté à la déglutition, l'auteur admet que le récurrent gauche innervait le muscle ary-épiglottique du côté opposé. (*St Pétersburg. med. Wochenschr*, n° 22, 1883, et *Centralbl für Nervenheilk u Psychiatrie*, n° 17, 1883.) L. BAYER.

De l'importance des hémorrhagies de l'oreille; par le Dr HEDINGER, de Stuttgart. — Ce n'est pas la quantité du sang écoulé qui peut nous renseigner sur la gravité et le siège de la lésion. Avant de poser un pronostic le médecin doit, par tous les moyens qui sont en sa puissance, rechercher le siège de la lésion. En général le pronostic sera favorable lorsque l'hémorrhagie aura lieu dans le conduit externe et qu'aucun symptôme de méningite ne se montrera; de même s'il s'agit d'une déchirure du tympan, sans autre lésion.

Les petites hémorrhagies et les extravasations dans le tympan ne sont point des signes certains de lésions légères, de même que de fortes hémorrhagies n'indiquent pas toujours des lésions graves; et ni les unes ni les autres ne sont le symptôme constant d'une fracture de la base du crâne.

Il faut toujours tenir compte : 1° des symptômes objectifs; la perception du son par les os du crâne, si elle manque, est de mauvais augure; 2° des symptômes subjectifs : un trouble dans l'équilibre et des bourdonnements révèlent que le laby-

rinthe est intéressé. Si les symptômes n'ont pas disparu au bout de trois mois, l'ouïe est définitivement perdue.

S'il y a, en dehors de ces symptômes, perte de connaissance et vomissements, le diagnostic de fracture de la base du crâne est certain. (*Allg. Wien. Med. Zeit.*, n° 39, 1883.)

GORIS.

Cas d'inflammation hémorrhagique du labyrinthe chez un enfant, par LUCAS (*Archiv. für pathol. Anat.* L. XXX, VIII, 1883). — Au cours d'une méningite cérébro-spinale légère chez un enfant de trois ans et demi jusque là en parfaite santé, survint une surdité absolue le onzième jour de la maladie, alors qu'il était déjà en pleine convalescence.

Quatre semaines après, il eut plusieurs accès de fièvre, des vomissements, la tête fut rejetée en arrière et l'enfant devint complètement insensible. Il eut aussi du strabisme et la mort survint avec tous les symptômes ordinaires de la méningite.

A l'autopsie, peu de tubercules sur les deux rochers (dans larégion des canaux demi-circulaires antérieur et postérieur), le vestibule et le canal demi-circulaire supérieur et postérieur sont remplis de sang coagulé. Le canal demi-circulaire horizontal et le limaçon contenaient moins de sang; la membrane de Corti était fort épaissie des deux côtés et les vaisseaux de la lame-spirale gonflés de sang. En outre, on trouva des globules du pus.

Il ne s'agit donc pas seulement d'une hémorrhagie du labyrinthe comme les comprend Ménière, mais d'une inflammation hémorrhagique se faisant par l'intermédiaire d'un prolongement que la dure-mère envoie dans le rocher et qui doit être certainement considéré comme le substratum des vaisseaux nutritifs du rocher. (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1883.)

Abcès rétro-pharyngien; clinique interne du professeur NOTHNAGEL. — Le patient, âgé de vingt ans, présente l'habitus des phtisiques, il se plaint de douleurs lancinantes au niveau de la gorge. L'examen laryngoscopique écarte la possibilité d'un ulcère tuberculeux du larynx et de l'épiglotte; la voix d'ailleurs est normale; un peu de stomatite granuleuse existe sur le voile du palais. La paroi postérieure du

pharynx est rouge. Le doigt ne perçoit aucune fluctuation; pourtant l'affection ne peut provenir des vertèbres cervicales qui sont insensibles à la pression. Un abcès en voie de formation est diagnostiqué dans le tissu conjonctif lâche siégeant entre le pharynx et la colonne vertébrale.

L'abcès rétro-pharyngien se montre le plus souvent chez les enfants présentant soit une adénite suppurée, soit une constitution scrofuleuse; une troisième catégorie comprend les abcès métastatiques. L'abcès provenant de carie tuberculeuse des vertèbres cervicales demande plusieurs mois pour se former. Les symptômes de l'abcès rétro-pharyngien sont: la difficulté à déglutir, de la douleur à la gorge, et la présence d'une tumeur diffuse visible pour la plupart du temps à la paroi postérieure du pharynx. Le traitement consiste dans l'ouverture de la tumeur au moyen du bistouri, si on ne réussit pas à la faire disparaître autrement. (*Allg. Wien. medic. Zeitg.*, n° 18, 1883.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

MAYLARD. — Un cas rare de division de la voûte palatine (*The Lancet*, 24 novembre 1883).

Nez.

CROLY. — Polype du nez muco-gélatineux (*Dubl. journ. of med. Sc.* Janvier 1883, p. 82).

COSTAMAGNA (Elicio). — Histoire clinique d'un cas de rhinite parasitaire grave. ses mauvais effets locaux et généraux (*Bollett. delle malat. dell' Orech*, etc., n° 6, 1er Novembre 1883).

HUNTER-MACKENSIE. — Maladies du nez considérées comme une cause d'asthme (*Edimb. med. journ.*, Février 1883).

NETTLESHIP. — Névrite du nerf optique suivie d'hydrorrhée nasale (*Centrabl. f. pract. Augenheilk.* Janvier 1883 et *The ophthalmic Rew*, Janv. 1883).

SCHAFFER (H.). — UnCas d'inflammation ulcéreuse de l'éthmoïde droit suivie de la mort (*Prager. Med. Wochenschr.*, n° 20.

SCHAFFER. — Kyste dentaire de la cavité nasale (*Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 2, 1883, et *Wien. Mediz. Wochenschr.*, n° 20, 1883).

SCHNITZLER. — De l'asthme considéré surtout dans ses relations avec les affections du nez (*Wien. Mediz. Wochenschr.*, n° 29). Séance de la Société de Médecine de Berlin du 30 Avril 1883.

SCHROTER. — Inflammation ulcéreuse de l'ethmoïde gauche *(Verein deutscher Aerzte in Prag.* et *Wien. Mediz. Wochenschr.*, n° 19, 1883).

SPENCER-WATSON. — De la rhinoscopie et du traitement des polypes du nez *(Brit. med. journ.* et *The Lancet,* 1er Décembre 1883).

WHEELER. — Polype du nez (*Dubl. journ. of med. Sc.* Janvier 1883, p. 83).

Larynx.

AGUIAR. — Considérations sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (*Thèse Paris*, 12 décembre 1883).

CADIER. — Tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée (*Annales des mal. de l'or. et du larynx,* n° 3, Septembre 1883).

FREEMANN (Henry). — Enclavement d'un morceau de bœuf dans le larynx, trachéotomie, respiration artificielle. Guérison (*The Lancet,* 20 octobre 1883).

GOMEZ DE LA MATA. — La dysphagie dans la phthsie laryngée (*Anales de Otol. y lar,* n° 9, Septembre 1883).

GOUGUENHEIM. — Trois faits d'œdème de la glotte : deux dans le cours d'une phthisie aiguë et un dans celui d'une phthisie chronique *(Annales des mal. de l'or. et du larynx,* n° 3, Juillet, 1883).

LENNOX-BROWNE. — De la photographie du larynx et du voile du palais (*Brit. Med. Journ.*, 27 Octobre 1883).

MASINI. — De l'iodoforme dans la phthsie laryngée (*Bollet. delle malat. dell' Orech.* etc., n° 6, 1er Novembre 1883).

MICHAEL. — Tamponnement permanent de la trachée (*Deutsche Med. Wochenshchr.*, n° 52, 1882. et *Wien. Mediz*, *Wochenschr.*, n° 16, 1883).

RAMON DE LA SOTA. — Une sangsue extraite du larynx quinze jours après son introduction (*Revista Med. de Sevilla,* Novembre 1883 n° 5).

SOLIS COHEN. — De l'apsithyria, ou impossibilité de parler à voix basse, *(Med and Surg. reporter,* 1er Mai 1875 et 10 et 17 Novembre 1883).

WIPHAM (Thomas). — Des formes les plus communes de maladies du larynx dans lesquelles l'aphonie est le symptôme prédominant (*The Lancet,* 8 décembre 1883).

Oreilles.

ALFORT. — De l'otorrhée dans la fièvre typhoïde (*The Lancet,* 27 Octobre 1883, p. 758).

BURNETT (Charles). — Rapport sur les progrès de l'Otologie (Physiologie du limaçon chez les vertébrés, par le Dr Baginsky. De la signification de la transmission des sons à l'oreille, par le Dr Samuel Sexton). (*Philadelphia Med. Times,* 6 Octobre 1883).

BURNETT. — De l'emploi de la resorcine et du salicylate de chinolin dans l'otorrhée (*Philadelphia Med. Times,* 17 Novembre 1883).

CASSELS. — De la production de la surdité artificielle, et de sa valeur dans l'étiologie et l'évolution des maladies de l'oreille (*Arch. of Otol.*, n° 2, 1883).

FIELD. — Exostose éburnée du conduit auditif externe, extraction à l'aide de l'instrument des dentistes Américains (*Brit. Med. Journ.*, 24 Novembre 1883).

GRAZZI VITTORIO. — Sur les perforations de la membrane du tympan (Florence, 1884).

KNAPP. — Essais infructueux pour restaurer un conduit auditif retréci par des cautérisations à l'acide sulfurique (*Arch. of otol.*, n° 2, 1883).

LITTON FORBES. — Des indications et de la valeur thérapeutique de la myringodectomie (*Brit. Med. Journ.*, 27 Octobre 1183).

MOOS. — Œdème des régions temporale et zygomatique, comme symptôme de la thrombose du sinus latéral (*Arch. of otol.*, n° 2, 1883).

Moos. — Expulsion par nécrose, de la partie osseuse du canal semi-circulaire supérieur (?), précédée de vertiges et de vomissements pendant une semaine. Guérison avec une perte de l'ouïe analogue à celle qui existait auparavant (*Arch. of Otol.*, n° 2, 1883, Vol. XII),

Moos. — Pyohémie durant et après la guérison d'une inflammation purulente aiguë du tympan (*Arch. of. Otol.*, n° 2, 1883).

Noquet. — Polype muqueux de l'oreille gauche; ablation avec l'anse froide; cautérisation; guérison (*Bullet. Méd. du Nord*, n° 9, Septembre 1883).

Roué. — Un cas d'otorrhée chronique devenue tout à coup aigue et ayant occasionné la mort (*Brit. Med. Journ.*, 17 Novembre 1883).

Samuel Sexton. — Observations pratiques sur l'oreille humaine et sur ses maladies (*The Med. Rec.*, p. 541, 17 Novembre 1883).

Swinburne. — Des végétations adénoïdes du pharynx et de leur relation avec les maladies de l'oreille moyenne (*The Med. Rec.*, 6 Octobre 1883).

Toledo. — De l'audition des enfants dans les écoles (*Anales de Otol. y Laring.*, n° 10, 1883).

Varia.

Cahen (A). — D'une forme particulière d'atrophie générale probablement d'origine nerveuse après la diphtérie, (*Berl. Klin. Woch.*, n° 1, 1883, et *Centralbl. f. Med. Wossensch.*, n° 25, 1883).

Coates (Martin). — Un cas d'extirpation de la langue et du tiers de la mâchoire inférieure (*Brit. Med. Journ.*, 20 Octobre 1883).

Coppinger. — Icthyose de la langue suivie de dégénérescence maligne (*The Lancet*, 24 Novembre 1883).

Freund (H.-W.). — Des rapports de la glande thyroïde avec les organes sexuels de la femme (*Deutsche Zeitschr. f. chir.* 1883, Band. XVIII, *Hefts* 3 et 4. et *Centralbl. f. Chir.*, n° 2 1, 1883).

Morrant Baker. — Extirpation de la langue par la division médiane (*Brit. Med. Journ.*, 20 Octobre 1883).

Burger (C.) — Le bacille de la coqueluche (*Berl. Klin. Woch.* n° 1, 1883, et *Centralbl. f. Med. Wiss.*, n° 25, 1883).

Sydney (Jones). — Hypertrophie de la glande thyroïde, compression de la trachée et dyspnée. Extirpation de l'isthme; guérison (*The Lancet*, 24 Novembre 1883).

AVIS A NOS ABONNÉS

Nous avons l'honneur de prévenir nos abonnés, dont l'abonnement expire le 1er janvier 1884, de vouloir bien, pour éviter les frais de recouvrement, adresser le montant de leur renouvellement à M. O. DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, à Paris.

Les nouveaux abonnés sont instamment priés d'écrire lisiblement leur nom et leur adresse afin d'éviter toute cause d'erreur et de retard dans l'envoi du journal.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux, — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

5e Année. N° 2. 1er Février 1884.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

De la Syphilis de l'oreille (*Suite*) (1);

par le Dr J. Baratoux.

En 1857, Triquet (2) rapporte un exemple de surdité syphilitique, dont il fait la dixième espèce de surdité nerveuse; dans le cas qu'il rapporte dans son *Traité*, il croit à l'existence dans la caisse et la trompe de productions syphilitiques analogues à celles des organes sexuels. Plus tard, il reviendra sur ce sujet, auquel il consacrera un chapitre spécial dans ses leçons cliniques.

La même année, Toynbee (3) signale, sans faire mention de syphilis, l'atrophie de l'acoustique, par suite

(1) Voir *Revue* 1883, nos 10 et 11.

(2) Triquet, *Traité pratique des maladies de l'oreille*. Paris, 1857, ch. X : *Surdité nerveuse*, p. 401.

(3) Toynbee, *A descriptive Catalogue of Preparations Illustrative of Diseases of the Ear*. London, 1857. p. 712, 713, 714, 791 et 792.

de rétrécissement très prononcé du méat auditif interne. Avant lui, Beck (1) avait déjà cité cette lésion, d'après la description de Sœmmering (2). Moos, à son tour, donnera, en 1866, un autre cas de rétrécissement en forme de fente, de cette même partie du rocher, dans un cas d'hyperesthésie généralisée à tout cet os. Mais faut-il attribuer ces lésions à la syphilis?

Au nº 512 de son *Catalogue*, Toynbee donne l'observation d'un homme de quarante-huit ans, qui était devenu sourd cinq ans avant sa mort. De l'oreille droite, il n'entendait que les cris; de l'oreille gauche, il était complètement sourd. Son infirmité avait débuté au moment où il présentait une ulcération syphilitique du pharynx.

A son autopsie, on trouva à droite : ankylose de l'étrier, soudure de l'enclume et du marteau, atrophie du tenseur du tympan, épaississement de la membrane de la fenêtre ronde et coloration rouge du limaçon. A gauche, ankylose de l'étrier et épaississement du vestibule membraneux.

Lasègue (3) rapporte l'histoire d'une jeune fille qui, outre des rhagades profondes de la peau de l'oreille, présentait encore des bruits pharyngiens et de la surdité.

De Meric (4) publie un cas d'otorrhée chez un enfant atteint de syphilis héréditaire.

Laroyenne (5) voit survenir une paralysie faciale avec bourdonnements et diminution de l'ouïe chez un malade dont les accidents primitifs remontent à deux mois.

Erhard (6) ne croit pas que la syphilis présente des symptômes auriculaires tels qu'on puisse décrire une forme spéciale d'otite vénérienne.

Virchow (7) mentionne la suppuration de la caisse,

(1) Beck, *Krankh. d. Gehörorgans*, 1827, p. 120 et 127.

(2) Sœmmering, *Abbildungen des mensch. Hörorgans*, Frankf. a. M., 1806.

(3) Lasègue, *Revue sur la contagion de la syphilis secondaire. Arch. gén. de Méd.*, 1858, mai; p. 603.

(4) De Meric, *Lettsonmann lectures on inherited syphilis. The Lancet*, 1858, t. II, p. 299.

(5) Laroyenne, *Annuaire de la syphilis*, de MM. Diday et Rollet, pour 1858, p. 245. Paris-Lyon, 1859.

(6) Erhard (Jul.), *Rationnelle otiatrik nach klinischen Beobachtungen bearbeitet*. Erlangen, 1859, p. 130.

(7) Virchow, *Ueber die natur der Constit. syph. affection*, p. 97; *krankhafte Geschwure*, Bd. II, p. 493; *Würzb. Verhandl*, III, 5, 369; 1859.

l'obstruction de la trompe par des brides cicatricielles de son ouverture et la carie comme accidents syphilitiques, et il ajoute qu'on ne peut mettre en doute que les tumeurs gommeuses du cerveau ou de la base du crâne n'atteignent pas l'acoustique.

Trœltsch (1) cite un cas de syphilis héréditaire avec carie des apophyses mastoïdes, thrombose des sinus transverses, carie du sphénoïde et ulcérations du nez et du pharynx.

Baudot (2) observe dans le service de M. Hérard un malade de 61 ans qui, ayant eu la syphilis à l'âge de 18 ans, venait d'être atteint de paraplégie commençante avec paralysie des moteurs oculaires connus. L'ouïe était déjà devenue dure à droite. A la suite d'un traitement ioduré, il allait mieux lorsqu'il fut pris de douleurs vives dans l'oreille droite, qui ne furent calmées que par un écoulement. Étant sorti amélioré de l'hôpital, il y rentra bientôt et mourut dans un état comateux.

M. Oordt (3) donne le résultat de son autopsie dans sa thèse. Tous les accidents précédents étaient dus à une tumeur gommeuse s'étendant de la selle turcique à l'apophyse basilaire.

Landry (4) publie peu après un cas d'hémiplégie gauche avec paralysie du moteur oculaire externe droit chez un homme qui présentait une augmentation de volume de l'apophyse mastoïde droite. Comme il avait eu des accidents syphilitiques et qu'il était sourd six semaines avant la paralysie, M. Sandras pensa que le rocher était atteint d'hypertrophie de nature syphilitique. A l'autopsie, on vérifia ce diagnostic, et de plus on nota un ramollissement du côté droit de la protubérance annulaire.

Hutchinson (5) rapporte l'observation d'un malade âgé de 21 ans qui, ayant eu la syphilis dans son enfance, fut

(1) Trœltsch, *Anatomisch Beitrage. Virch. Arch.*, XVII, p. 19, 1859.

(2) Ed. Baudot, *Union Médicale*, 20 janvier 1859.

(3) Van Oordt, *Des tumeurs gommeuses.* Thèse de Paris, 4 mars 1859, p. 51.

(4) Landry, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 11 mars 1859, p. 154.

(5) Hutchinson, *On the different forms of inflammation of the eye consequent on inherited syphilis. Ophtalmic hosp. Reports*, t. II, 1859, 63, 64, *Obs.* XXIV.

pris à l'âge de 8 ans de kératite chronique et d'otorrhée qui le rendit complètement sourd.

Dans son *Traité sur la syphilis et les syphilides*, Bazin (1) signale les pavillons de l'oreille comme siège de plaques cuivrées. Il croit que la carie du rocher est presque toujours de nature scrofuleuse, tandis que la névrose est plus fréquemmnet le résultat de la syphilis.

Lagneau (2) publie alors son *Traité des maladies syphilitiques du système nerveux*, dans lequel, rapportant les travaux de ses devanciers, il y joint les faits observés par son père et par lui-même. Un chapitre spécial est consacré aux effets de la syphilis sur le nerf acoutisque.

Il cite le cas d'un malade de son père qui, ayant eu un chancre, fut pris d'otite à la suite d'une inflammation de l'arrière bouche; il devint sourd, mais bientôt l'ouïe se rétablit, grâce à un traitement hydrargyrique (*Obs.* 226).

Il donne aussi deux observations personnelles de vertiges d'origine vénérienne et une autre d'inflammation avec surdité de l'oreille gauche, qui guérit à la suite de l'expulsion d'une petite esquille foliacée provenant de la partie postérieure des fosses nasales (*Obs.* 229, 230 et 232).

Dans son travail, Lagneau établit que les lésions du nerf auditif peuvent être dues à des tumeurs ou à des épanchements de la base du crâne, à des inflammations de la caisse ou à la carie et à la nécrose du rocher. Pour cet auteur, non-seulement la trompe d'Eustache serait envahie par les ulcérations du pharynx, obstruée par la tuméfaction de la muqueuse environnante, mais encore oblitérée par suite de la paralysie des nerfs vidien, palatin postérieur, branches du facial qui innerve les muscles ayant une action sur l'orifice de ce tube.

M. Bonnafont (3) admet l'influence de la syphilis sur l'oreille; cette maladie, suivant cet auteur, peut déter-

(1) Bazin, *Syphilis et syphilides*, 1re édition, 1859, 2e édition, 1866, p. 79, 135, 257 et 453.

(2) G. Lagneau fils, *Maladies syphilitiques du système nerveux*, Paris, 1860.

(3) J.-P. Bonnafont, *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et de l'organe de l'audition*, 1re édition 1860, 2me 1873.

miner de la périostite du conduit auditif externe et de la myringite. Il rapporte deux observations d'otite due à cette cause. Le premier de ses malades avait eu un chancre qui fut suivi deux ans après d'otorrhée, d'ulcérations des tympans et de myringite, qui ne cédèrent qu'au traitement spécifique. L'autre malade éprouvait des bourdonnements, des étourdissements et de la surdité, que M. Bonnafont attribue à la syphilis, quoique son client n'avoue avoir eu qu'un léger écoulement. A la suite d'un traitement spécial les bourdonnements et les vertiges disparurent et la surdité diminua notablement.

Tungel (1) cite deux cas de méningite syphilitique avec bourdonnements d'oreilles et vertiges dans l'un d'eux, et avec exaltation de l'ouïe dans l'autre, due à des gommes de la dure-mère.

Ladreit et Lacharrière (2) signale la surdité occasionnée par les altérations du pharynx et l'occlusion de la trompe.

Zambaco (3) fait mention de deux cas de lésions annulaires dans la syphilis cérébrale.

Epithélioma pharyngo-laryngien ; extirpation avec l'anse galvanique ; récidive ; mort ;

Par le Dr G. Coupard.

M. X..., soixante-huit ans, rentier, rue du Dragon, vient me consulter, le 25 octobre 1882, pour une gêne qu'il éprouve dans la gorge et une difficulté d'avaler qui, depuis quelques jours, augmente notablement.

M. X... est né à Paris; son père est mort d'accident et sa mère vit encore et se porte très bien, malgré son grand âge. Nous notons dans ses antécédents de la gourme jusque vers l'âge de dix ans. Entré au service, il est réformé un an après

(1) Tungel, *Chronische Gehirnkrankheit mit Beziehung in constit. syphilis*, dans *Klinioch. Mittheilungen*, etc. Hambourg, 1859, p. 39, et 1861, p. 89.

(2) Ladreit et Lacharrière, *Des paralysies syphilitiques*. Thèse Paris, 1861, n° 569.

(3) Zambaco, *Syphilis nerveuse*, 1862.

pour varices aux jambes, et il éprouve à cette époque de fortes migraines qui reviennent presque tous les mois pendant trois ou quatre ans.

A trente ans, il est atteint d'un anthrax à forme grave. A cette époque, apparition d'hémorrhoïdes externes qui saignent quelquefois, mais ne l'ont jamais gêné d'une façon notable, et il n'a jamais eu la syphilis.

C'est un homme de taille moyenne, robuste, à la face colorée; les cheveux ont blanchi de bonne heure; il ne s'est livré à aucun excès, si ce n'est qu'il a toujours beaucoup fumé soit la pipe ou le cigare.

Il y a trois ans, il s'aperçoit qu'en fumant il crache plus que de coutume, qu'il a souvent le hoquet et que ses digestions sont plus difficiles; il a des aigreurs.

Il s'accoutume à cet état de choses et ne s'en inquiète que médiocrement.

Il y a un an, il éprouve alors les symptômes pour lesquels il vient aujourd'hui nous demander conseil. Depuis six mois, la déglutition du pain est impossible, et depuis quelques jours il ne peut avaler que des liquides.

La respiration n'est aucunement gênée; il marche, monte des étages, sans éprouver la moindre fatigue, le plus léger essoufflement.

La bouche, la langue, n'offrent rien de spécial; le voile du palais est d'une coloration normale.

L'examen laryngoscopique seul peut montrer le siège du mal. Le larynx n'offre comme particularité qu'un peu de déviation à droite; la corde vocale inférieure gauche s'écarte un peu moins que sa congénère de la ligne médiane.

Dans l'infundibulum pharyngo-œsophagien, on aperçoit une tumeur lobuleuse divisée en deux masses principales. La plus grosse, insérée sur la ligne médiane, dirigée à gauche, de la grosseur d'une forte noix, et l'autre, dirigée à droite, occupant presque tout le sinus piriforme, un peu moins grosse, mais remplissant presque complètement ce sinus. Le point d'implantation paraît être la partie droite postérieure du cartilage cricoïde, point d'implantation fréquent des tumeurs de mauvaise nature.

La couleur est celle de la cendre mouillée; elle n'est le siège d'aucune ulcération, et le malade n'a jamais craché de sang.

Le toucher est fort difficile, vu la profondeur de la tumeur. A l'aide d'une sonde elle semble assez dure.

Malgré l'absence de ganglions, le malade n'en était pas à l'état cachectique; la forme bourgeonnante de la tumeur me fit porter un diagnostic et un pronostic graves. Je pensais immédiatement à un épithélioma; j'instituai cependant un traitement spécifique, comme il est de règle en pareil cas.

Après trois semaines de sirop de Gibert, le mal n'était point amendé, la tumeur allait même grossissant et le malade avait toutes sortes de difficultés à déglutir les jus de viande et les boissons.

Les forces et la santé du malade s'en ressentaient notablement; il maigrit de plusieurs livres.

L'haleine n'avait encore aucune fétidité; cependant je puis faire des pulvérisations à l'acide phénique au 300e. M. X... en ressentit, pendant quelques jours, quelques bienfaits; mais cependant cette grande gêne de la déglutition le tourmentait, et il comprenait très bien lui-même le triste état de sa situation et des idées de suicide hantaient constamment son esprit.

Je proposai l'ablation de la tumeur à l'aide du galvanocautère; il accepta cette opération avec grande joie, tellement, me disait-il, il était privé de ne pouvoir manger.

A l'extrémité de ma tige recourbée j'avais fait placer un gros fil de platine en forme de triangle à base inférieure de 2 centimètres environ.

J'essayai tout d'abord de relever la tumeur par son bord libre, et je me servis à cet effet d› la pince à polype de Fauvel. Le malade ne put la supporter, et en la retirant il cracha une certaine quantité de sang.

Après un quart d'heure environ j'examinai la tumeur; elle présentait, dans l'eudroit où je l'avais touchée, une sorte de bosse sanguine, et n'eût été la promesse que j'avais faite au malade, j'aurai abandonné l'idée de continuer une autre opération. J'avais averti la famille d'une hémorrhagie possible.

J'essayai d'abord le galvano-cautère, et, ne faisant plonger la pile qu'à moitié dans la solution de bichromate, j'obtins le rouge sombre que je désirais avoir.

La tumeur bien en vue dans un miroir, j'appliquai ma tige galvanique sur la base d'implantation de la tumeur; pressant

sur le bouton, j'établis la communication, et appuyant assez fortement je pénétrai dans la tumeur. Ne sentant plus de résistance, j'interrompis la communication et je retirai l'instrument. Une portion de la tumeur, la moitié du lobe gauche environ, était accolée au fil de platine, et une petite portion de la partie supérieure avait pénétré dans l'anse galvanique.

La douleur, au dire du malade, fut presque nulle, et il rendit immédiatement après quatre à cinq crachats sanguinolents.

Ce fut en quelque sorte une séance d'épreuve, que je ne prolongeai pas davantage, remettant à quelques jours de là la continuation de l'opération.

M. Valende, interne des hôpitaux, a bien voulu examiner le morceau de la tumeur au microscope. Cet examen fut fait au laboratoire d'histologie de l'École pratique et me confirma dans mon diagnostic d'épithélioma. — Cinq jours après, nouvelle séance.

Le soir même de la première cautérisation, une heure après avoir fait une pulvérisation à l'acide phénique, le malade prend un bol de bouillon gras et un verre de vin. Il déglutit avec beaucoup plus de facilité; il ne se produit aucune réaction inflammatoire, puisque les jours suivants la déglutition des liquides continue à se faire aussi facilement.

L'examen laryngoscopique nous fait voir la partie droite dégagée, et la tumeur semble plus élevée quant à son bord libre.

Comme la première fois, après les mêmes précautions pour l'intensité calorique du galvano-cautère, j'attaque la partie adhérente de la tumeur et je retire une partie de la tumeur grosse comme une petite noix et comme la première fois adhérente à l'anse galvanique.

Quelques crachats sanguinolents et une sensation de brûlure légère que le malade n'avait pas ressenti la première fois.

J'ordonne au malade de continuer les pulvérisations à l'acide phénique, autant pour agir sur l'état purulent que pour diminuer la congestion, et le remets à huit jours pour une nouvelle opération, car il est impossible après cette séance d'examiner le malade au laryngoscope.

Pendant ce laps de temps, la femme de M. X... me donne tous les jours des nouvelles de son mari, et, malgré le pronostic défavorable, dont je l'avais avertie dès le début et que l'exa-

men microscopique avait confirmé, elle croit à une guérison prochaine tellement le malade déglutit facilement, même les aliments solides, excepté le pain.

Ses forces reviennent, son état physique et moral sont des plus satisfaisants.

A la troisième séance, par le même procédé, je relève la portion droite tout entière de la tumeur. Un peu moins grosse que la première, elle est plus irrégulière, plus large en étendue, mais moins épaisse. Comme précédemment, quelques crachats sanguinolents.

M. X..., après quelques jours de repos, reprend sa vie ordinaire, ses longues promenades, et mange avec un grand appétit. Il éprouve seulement quelque difficulté pour déglutir le pain, phénomène initial que j'ai toujours observé chez les malades atteints de tumeurs insérées sur la partie postérieure du larynx.

Pendant quatre mois, le bon état du malade resta stationnaire, quand un jour, après une longue promenade, il fut saisi par une forte pluie, rentra chez lui tout grelotant, et, malgré des soins assidus, ne put se réchauffer de la soirée. La nuit, il eut un peu de fièvre, et le lendemain, quand je le vis, je trouvai la peau chaude et moite et un peu d'enrouement, premier signe de la trachéite. Le lendemain, les bronches étaient prises, le malade toussait; on entendait principalement à droite et en arrière des râles sibilants. Les phénomènes de bronchite s'aggravèrent vers le dixième jour; la gêne respiratoire augmenta notablement; l'ulcération pharyngo-laryngienne bourgeonnait, et vers le vingtième jour l'alimentation devenait ce qu'elle avait été au début; l'haleine, à cette époque seulement, devint fétide, et je commençai à sentir quelques ganglions sous-peauciers. Les jambes devinrent le siège d'un œdème blanc considérable. L'amaigrissement et l'affaiblissement augmentèrent de jour en jour, et vers le milieu d'avril l'obstruction du pharynx fut telle, que ni bouillon, ni vin, ni jus de viande, ne purent passer, en quelque minime quantité que ce fût. Le passage de la sonde alimentaire fut impossible, et ce ne fut que par des lavements que le malade put encore s'alimenter.

M. X... passe ses nuits entières assis sur son lit; il ne peut plus respirer lorsqu'il est couché; il tousse à tout instant; sa toux est quinteuse; il expectore une grande quantité de

crachats ocreux, striés de sang; il se produit un peu d'œdème des poumons.

Il me demande de l'opérer encore, et cette espérance le réconforte un peu.

Il meurt le 30 avril.

CLINIQUE DU Dr BARATOUX

Du scotome de l'audition;

Par le Dr Brunschvig.

Au mois d'avril dernier est venu à la clinique de notre maître et ami le Dr Baratoux un malade qui, sans présenter de lésions extraordinaires de l'oreille, nous a cependant frappé par un symptôme que nous n'avions vu décrit dans aucun des ouvrages traitant des maladies de l'oreille. Ce symptôme, nous l'appellerons *scotome de l'audition*, en raison de son analogie avec le scotome de la vision.

OBSERVATION

Edouard L..., vingt-deux ans, plombier, demeurant rue des Graviliers, à Paris, vient le 24 avril 1883 consulter le Dr Baratoux pour une surdité qu'il fait remonter à six mois. Depuis cette époque il avait des alternatives de diminution et d'augmentation de l'audition. Mais depuis trois semaines son ouïe a tellement diminué qu'il n'entend presque plus.

Nous prenons alors son acuité auditive et sa perception crânienne. Il entend la montre à 0^m02 à droite et au contact à gauche. La perception crânienne à la montre est bonne des deux côtés; il en est de même pour le diapason, qui cependant est moins bien entendu lorsque les oreilles sont fermées.

Voici maintenant ce que l'examen du malade nous présente : à l'inspection de l'oreille droite nous trouvons que le tympan a une coloration gris rosé; sa partie postérieure est un peu plus rougeâtre; plusieurs vaisseaux sont visibles à la partie supérieure du conduit et le long du manche du marteau. Le triangle lumineux apparaît brillant. Au-devant de lui on aperçoit une excavation assez marquée à dépression du côté

de la caisse. Cette portion est mince, transparente, et est évidemment une cicatrice ancienne.

Du côté gauche l'aspect de la membrane du tympan est pour ainsi dire le même, sauf cependant l'excavation au devant du manche, qui fait absolument défaut.

Le cathétérisme pratiqué le même jour nous fait reconnaître un léger engouement des trompes. M. Baratoux diagnostique un catarrhe subaigu de l'oreille moyenne. Le traitement institué consiste en cathétérisme, dilatation des trompes par des bougies et insufflation de vapeurs balsamiques.

Le malade vient une fois par semaine à la clinique pour suivre son traitement.

Le 30 juin, nous reprenons avec la montre son acuité auditive et nous trouvons que l'oreille gauche l'entend à 0^m19. L'oreille droite l'entend à partir 0^m20, et cela jusqu'à 0^m16. Depuis 0^m16 jusqu'à 0^m13, elle ne l'entend plus, et de 0^m13 jusqu'au contact le tic-tac est très bien perçu. Comme jusqu'à présent nous n'avions jamais observé ce phénomène de la disparition d'une partie du champ de l'audition, nous pensons qu'un nouvel examen est nécessaire et nous le recommençons un instant après, le malade s'étant reposé pendant un moment; le même résultat, obtenu cette fois encore, nous montre bien qu'il n'y avait pas eu erreur de notre part. Malheureusement, à partir de ce jour, le malade, que nous avions instamment prié de revenir, abandonne la clinique et son traitement.

Que conclure d'une observation isolée? N'était-il pas plus sage d'attendre que le hasard nous amenât d'autres malades présentant le même symptôme pour oser tirer de plusieurs observations un enseignement qu'un seul cas ne nous faisait même pas entrevoir? Mais depuis cette époque, malgré les nombreuses recherches auxquelles nous nous sommes livré, nous n'avons plus rencontré ce phénomène. C'est pourquoi nous nous décidons à publier aujourd'hui cette observation curieuse, dans l'espérance qu'un confrère plus heureux pourra trouver chez quelques-uns de ses malades un *scotome de l'audition*. Alors seulement, de l'analyse des symptômes que présenteront ces divers malades, on pourra peut-être tirer des conclusions scientifiques qu'il serait prématuré d'avancer maintenant, d'après le seul cas que nous ayons trouvé jusqu'à ce jour.

CLINIQUE DU Dr L. BAYER

Relevé des malades traités du 1er Octobre 1881 au 1er Octobre 1883

Quatre cent quatre-vingt-quatre cas y ont été traités; voici leur répartition:

MALADIES DE LA BOUCHE

Nombre: 15, dont 3 hommes et 12 femmes.

Age :	5 à 15 ans	1
—	15 à 30 ans	8
—	30 à 50 ans	3
—	50 à 60 ans	2
—	60 à 80 ans	1
	TOTAL	15

	DESIGNATION DES AFFECTIONS	Hommes	Femmes	Total
Affec. ext.	Eczéma de la lèvre supérieure	»	2	2
	Ulc. scorb. des lèvres	»	1	1
	Ulc. syphilitiques du menton	»	1	1
	Kyste de la lèvre inférieure	1	»	1
Affections internes.	Stomatite aiguë	»	1	1
	» mercurielle	1	»	1
	Mycosis lingual	»	1	1
	Ulc. syph. perforant la voûte palatine	1	»	1
	» » de la luette	»	1	1
	Fistule dentaire	»	1	1
	Gingivite scorbutique	»	1	1
	Carie du maxill. sup. gauche	»	1	1
	Abcès conséc. à une périostite alvéolaire	»	1	1
	Papillome du pilier ant. gauche du voile du palais	»	1	1
	TOTAUX	3	12	15

MALADIES DU NEZ ET DU PHARYNX

Nombre: 198, dont 95 hommes et 103 femmes.

Age:	au-dessous de 5 ans	6
—	5 à 15 ans	41
—	15 à 30 ans	74
—	30 à 50 ans	53
—	50 à 60 ans	16
—	60 à 80 ans	8
	Total	198

		DÉSIGNATION DES AFFECTIONS	Hommes	Femmes	Totaux
Affec. externes	du nez	Gerçures	2	1	3
		Eczéma	4	5	9
		Lupus	»	1	1
		» érythémateux	1	1	2
		Ulcères des ailes	2	1	3
	de la gorge	Adénite sous-maxilaire	1	2	3
		» cervicale	»	3	3
		Kyste sébacé	1	»	1
Affections internes		Hypertrophie des cornets	1	2	3
		Catarrhe nasal aigu	»	3	3
		» » chronique	3	6	9
		» » » sec	»	1	1
		» » » hypertrophique	»	1	1
		» » » atrophique	1	1	2
		» » » fétide	17	18	35
		» » et rétro-nasal chronique	10	8	18
		» rétro-nasal chronique	4	1	5
		» naso-pharyngien et pharyngien chronique	4	5	9
		Déviation de la cloison du nez	»	1	1
		Ulcère syphilitique perforant la cloison	1	2	3
		Epistaxis	2	»	2
		Polypes nasaux	5	3	8
		Hypertrophie de la tonsille pharyngienne	2	3	5
		Végétations adénoïdes rétro-pharyngiennes	10	8	18
		Ulcères syphilitiques rétro-nasaux	»	1	1
		Pharyngite simple chronique	2	5	7
		» latérale »	2	4	6
		» hypertrophique chronique	5	6	11
		» » avec végétations adénoïdes rétro-pharyngiennes	2	»	2
		» ulcéreuse syphilitique	1	1	2
		Herpès du pharynx	»	1	1
		Sténose pharyngienne syphilitique	1	»	1
		Angine folliculaire	»	1	1
		» diphtérique	2	»	2
		Dysphagie d'origine centrale	1	»	1
		Lympho-sarcome naso-pharyngien	»	1	1
		Amygdalite aiguë	»	1	1
		Hypertrophie des amygdales	6	3	9
		Abcès des amygdales	2	2	4
		Totaux	95	103	198

MALADIES DU LARYNX

Nombre: 68, dont 35 hommes et 33 femmes.

Age: au-dessous de 5 ans		1
—	5 à 15 ans	4
—	15 à 30 ans	24
—	30 à 50 ans	27
—	50 à 60 ans	8
—	60 à 80 ans	4
	Total	68

DÉSIGNATION DES AFFECTIONS	Hommes	Femmes	Totaux
Pharyngo-laryngite aiguë	»	5	5
» » chronique	3	1	4
Aryténoïdite aiguë	1	»	1
» chronique	»	2	2
Laryngite aiguë	4	3	7
» chronique	5	3	8
» » unlatérale	1	»	1
Fissures inter-aryténoïdiennes	1	5	6
Laryngite ulcéreuse tuberculeuse	6	2	8
Aryténoïdite » »	1	2	3
Périchondrite » »	1	3	4
Ulcère syphilitique de l'épiglotte	1	»	1
Laryngite ulcéreuse syphilitique	1	»	1
Aryténoïdite » »	1	»	1
Ulcère syphilitique de la corde vocale gauche	1	»	1
» » des cartilages de Santorini	»	1	1
Laryngo-trachéite chronique	1	1	2
Hypertrophie des bandes ventriculaires	2	»	2
Polype	»	1	1
Aphonie d'origine centrale	1	»	1
Ephithélioma de la corde vocale gauche	1	»	1
Paralysie des dilatateurs	2	3	5
Coqueluche	1	1	2
Totaux	35	33	68

MALADIES DE L'APPAREIL AUDITIF

Nombre de cas : 131, dont 70 hommes et 61 femmes.

Age : au-dessous de 5 ans	21
— 5 à 15 ans	25
— 15 à 30 ans	37
— 30 à 50 ans	33
— 50 à 60 ans	9
— 60 à 80 ans	6
Total	131

	DÉSIGNATION DES AFFECTIONS	Hommes	Femmes	Totaux
Oreille externe	Eczéma	3	4	7
	Otite aiguë	2	2	4
	» purulente	2	5	7
	Polype avec otorrhée	2	1	3
	» sur le tympan	»	1	1
	» sans otorrhée	»	1	1
	Dépôt calcaire sur le tympan	1	3	4
	Bouchons cérumineux	11	6	17
	Abcès du conduit	»	1	1
	Carie du rocher	2	»	2
	Corps étranger	1	»	1
	Bourgeons charnus	»	1	1
	Déchirure du lobule de l'oreille	»	1	1
Oreille moyenne	Ankylose des osselets	2	»	2
	Otite moyenne aiguë sèche	3	3	6
	» » purulente	6	2	8
	» chronique sèche	15	14	29
	» » purulente	13	7	20
	» » » après variole	»	1	1
	» » » après rougeole	»	2	2
	» » sèche avec rétr. du tympan	2	3	5
	» » sèche avec rétr. de la trompe	1	1	2
	» syphilitique	»	1	1
Or. inter.	Surdi-mutité après méningite	1	»	1
	Surdité consécut. à une chute sur la tête	2	»	2
	Surdité sans diagnostic	1	»	1
	Bourdonnements quiniques	»	1	1
	Totaux	70	61	131

MALADIES BRONCHO-PULMONAIRES

Nombre : 52, dont 37 hommes et 15 femmes.

Age :	au-dessous de 5 ans	4
—	5 à 15 ans	3
—	15 à 30 ans	16
—	30 à 50 ans	24
—	50 à 60 ans	3
—	60 à 80 ans	1
	au-dessus de 80 ans	1
	TOTAL	52

DÉSIGNATION DES AFFECTIONS	Hommes	Femmes	Totaux
Laryngo-trachéo-bronchite	1	»	1
Bronchite simple	2	2	4
Bronchite sèche	»	1	1
» chronique	5	4	9
Broncho ectasie	1	»	1
Broncho-pneumonie	1	»	1
Tuberculose pulmonaire	20	7	27
» miliaire	1	»	1
Emphysème pulmonaire	2	1	3
Hémoptysie	2	»	2
Asthme nerveux	1	»	1
Toux convulsive	1	»	1
TOTAUX	37	15	52

MALADIES DIVERSES OU INTERCURRENTES

Nombre : 20, dont 12 hommes et 8 femmes.

Age :	de 5 à 15 ans	1
—	15 à 30 ans	6
—	30 à 50 ans	7
—	50 à 60 ans	4
—	60 à 80 ans	2
	TOTAL	20

DÉSIGNATION DES AFFECTIONS	Hommes	Femmes	Totaux
Parotidite	»	1	1
Kyste de la parotide	»	1	1
Cancer de l'œsophage	3	»	3
Gastro-ectasie	2	1	3
Gastrite aiguë	1	»	1
» chronique	1	2	3
Sclérose du foie	1	»	1
Névrite intercostale	1	»	1
Atrophie muscul. progressive	»	1	1
Insuffisance mitrale	2	»	2
Hypertrophie du cœur gauche	1	»	1
Chlorose	»	2	2
TOTAUX	12	8	20

Médications employées.

L'acide borique employé après les opérations favorise la cicatrisation et empêche l'infection, grâce à ses propriétés antiseptiques.

L'affection où il montre le plus efficacement son action est l'otorrhée chronique succédant à l'otite moyenne purulente aiguë; on l'emploi alors en solution et en poudre. Nous avons pu remarquer que dans les nombreux cas d'otorrhée traités à la clinique par ce médicament, la durée du mal fut moins longue que par n'importe quel autre; peu de cas ont résisté invinciblement à la médication; la solution borique employée est de 1/30.

Iodoforme. — Le Dr Bayer le joignait d'abord à l'acide borique, à cause de ses propriétés antiseptiques, pour le traitement de l'otorrhée chronique. Comme l'acide borique remplit suffisamment à lui seul ce rôle, nous l'avons abandonné.

L'iodoforme est recommandable dans les cas d'ulcères tuberculeux du larynx, en insufflations, d'après la formule suivante :

R.	Iodoforme	1 gramme.
	Poudre de rac. d'althéa..	āā 5 grammes.
	Acide borique...............	

Toutefois, ce médicament est contre-indiqué lorsqu'il enlève l'appétit au malade.

Chlorure de zinc. — Comme astringent dans les cas de pharyngite hypertrophique ou de catarrhe nasal hypertrophique, le chlorure de zinc est préféré ici au nitrate d'argent. Comme caustique, ce dernier a une action plus superficielle; de plus, son goût est mauvais; le chlorure de zinc est un caustique plus énergique, et son goût n'est pas aussi désagréable; nous l'employons : 1° en crayon d'après la formule de von Brùns :

R.	Chlorure de zinc.........	2 grammes.
	Chlorure de potassium.	1 à 2 grammes.

Mêler et ajouter 4 °/o de nitrate de potasse.

2° En solution :

R.	Chlorure de zinc.........	1 gramme.
	Eau distillée................	āā de 7 à 15.
	Glycérine....................	

Opérations

Papillome du pilier antérieur gauche du voile du palais chez une dame de cinquante-trois ans, opérée au moyen du thermo-cautère. Un phénomène que nous avons fréquemment constaté à la clinique, c'est que les malades ne se plaignent jamais de souffrir par l'emploi du thermo-cautère.

Déviation de la cloison du nez opérée au moyen de l'instrument de Juraz, d'Heidelberg. La cloison, tout à fait incurvée du côté gauche, produisait sur le cornet inférieur du même côté une pression telle, que le canal nasal s'en trouvait bouché ; aussi les larmes s'écoulaient-elles sur la joue. Reçue à la clinique du Dr Bayer, le sujet subit le redressement de la cloison du nez, et fut radicalement guérie de son affection oculaire.

Polypes nasaux : tous opérés à l'anse froide, n'ont pas jusqu'ici présenté de récidive. Par ce moyen radical la base d'implantation du polype est le plus souvent enlevée. — Les polypes de l'oreille ont été également opérés de cette manière.

Hypertrophie de la tonsille pharyngienne et végétations adénoïdes de l'arrière-nez : affections très fréquentes chez les enfants, plus rares chez les adultes. Cette hyperplasie a les plus mauvaises conséquences au point de vue de la santé générale de l'enfant ; aussi tous ceux qui en sont atteints présentent-ils une face anémiée, une musculature peu développée. Le raclage de l'arrière cavité nasale au moyen de la curette pharyngienne, ou la destruction des végétations par la galvano-caustie, amènent rapidement un changement favorable dans l'état général.

La surdité dépendant de ces végétations est fréquente ; elle est due soit à l'obstruction de la trompe d'Eustache, soit à la compression de cet organe par le néoplasme.

Hypertrophie des amygdales, opérées par l'amygdalotome ordinaire.

Polypes du larynx, opérés au moyen de la guillotine laryngienne.

Epithélioma de la corde vocale gauche, raclage du néoplasme, qui recroît très rapidement. Trachéotomie à cause de la menace d'asphyxie ; actuellement la tumeur est stationnaire; le malade est encore en observation.

Mycosis lingual occupant les papilles caliciformes, constitue le troisième cas observé par le D[r] Bayer. La description des deux premiers a passé dans la *Revue de Laryngologie* (n° 11, 1882), ce qui porte à 7 le nombre des cas de mycosis mentionnés dans la littérature médicale.

C. Goris.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Un cas de mycosis bénin du pharynx; par J. Gumbiuner, de Berlin. (*Inaugural Dissertatione 1883.*)

L'auteur commence par faire l'historique de cette affection, connue des lecteurs de notre *Revue* par la publication du D[r] Bayer (*Rev. mens.*, n° 11, 1882). Aux cinq cas publiés jusqu'ici (deux par B. Fränkel, un par E. Fränkel, deux par L. Bayer), il ajoute l'observation d'un sixième cas qu'il étudie d'une façon toute particulière.

Les symptômes microscopiques sont identiquement les mêmes que ceux des cas précédents. L'examen microscopique de préparations conservées dans de la glycérine ou des préparations sèches teintées avec du violet de méthyle, d'après la méthode d'Ehrlich et de Koch, correspond également en plus grande partie aux descriptions antérieures.

La matière dominante est représentée par des filaments de leptothrix disposés de différentes manières, mais n'ayant aucune tendance à se grouper en faisceaux. L'image des préparations traitées avec une solution d'iode et d'acide sulfurique (un sur cent) fut plus réussie et plus nette. C'est alors seulement qu'on put bien reconnaître les filaments articulés de leptothrix, qui se trouvaient en partie isolés et en partie disposés sous forme de groupes nodosiformes ; la

teinture foncée fait mieux ressortir leur aspect articulé. Cependant tous les filaments ne sont point teintés en bleu, comme il arrive du reste pour le leptothrix buccalis. L'analogie des syptômes observés dans tous les cas, et l'identité du résultat de l'examen histologique, ne permettent guère de douter qu'il s'est agit de la même affection, aussi bien dans le cas de E. Fränkel que dans les autres. Aussi, d'après la description classique du leptothrix par Ch. Robin, et celle par Klebs, cette distribution « en faisceaux » est-elle un signe caractéristique du leptothrix, au moins de l'algue bien développée. Il n'y aurait donc aucune raison de créer le nouveau nom de « bacillus fasciculatus » alors qu'il ne s'agit que filaments du leptothrix. De même les petites graines, au lieu d'être des spores, ne sont que des grains d'amidon ainsi que le prouve clairement la réaction iodée, et c'est Leber et Rottenstein qui les premiers ont démontré ce fait. Les illustrations de E. Fränkel même indiquent l'identité de l'image microscopique.

Quant au traitement, il n'est pas admissible de suivre le conseil de B. Fränkel, qui dit de ne rien faire, car le malade se présente chez le médecin pour être débarrassé des inconvénients qu'il éprouve et non pour être renvoyé. Il irait alors chez un autre qui s'occuperait de lui, et avec raison! Quant à l'ablation de ces produits, c'est une affaire de patience de part et d'autre (Voir la *Revue mens.*, *loc. cit.*).

L. Bayer.

Un cas d'extirpation du larynx *(A case of extirpation of the Larynx)*; **par le Dr Léod.**

Le Dr Léod rapporte un cas d'extirpation complète du larynx faite chez un homme de 35 ans, atteint d'une tumeur fongueuse siégeant à la partie antérieure du cou, au niveau du larynx et un peu à droite de la ligne médiane. Depuis un an environ, sa voix était devenue enrouée, et depuis six mois avait débuté le gonflement du côté droit du cou.

La déglutition était difficile, non douloureuse; la respiration normale.

L'état général du malade était mauvais. La tumeur suivait les mouvements du larynx pendant la déglutition; mais elle

n'adhérait point à cet organe, ni aux tissus sous-jacents. *L'examen laryngoscopique ne fut pas pratiqué.*

Ayant pensé à un épithélioma envahissant le larynx, et probablement le lobe droit de la glande thyroïde, l'opération fut décidée et pratiquée sans encombre, le 15 novembre, en une heure dix minutes. Néanmoins, au moment où la trachée fut séparée de l'œsophage, la respiration du malade s'embarrassa pendant un moment, mais elle se rétablit bientôt après, et l'on put séparer le larynx du pharynx, au niveau du point où finissait la tumeur; le malade fut ensuite alimenté par le rectum pendant 24 heures, puis à l'aide de la sonde œsophagienne.

Vers le milieu de décembre, la plaie était cicatrisée, sans que la santé du malade eût jamais occasionné la moindre inquiétude, et, au milieu de Janvier, l'auteur put le présenter à la Société Médicale de Calcutta. Peu de temps après, le malade put avaler, en se mettant autour dn cou une petite bande de caoutchouc, pour fermer l'ouverture de la plaie; une canule fut placée dans l'ouverture trachéale, et un chirurgien-dentiste lui confectionna ensuite une pièce en caoutchouc vulcanisé qui lui permit d'avaler facilement des aliments demi-solides, et, plus tard, on lui plaça un larynx artificiel qui lui permit de parler à voix haute.

Tout allait donc pour le mieux, quand le pauvre homme commença à offrir les symptomes d'une affection pulmonaire à laquelle il ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva les deux poumons infiltrés de tubercules miliaires.

Pas de signes de récidive de la tumeur. *(The Lancet*, 15 septembre 1883.)

Du traitement des fractures du Larynx;

par le Dr Wagner.

Peu de chirurgiens, dit le Dr Wagner, dans un travail publié dans le *Centralbl. für Chir.*, n° 23, 1883, sont à même d'indiquer, d'après leur expérience personnelles, la conduite à suivre dans les cas de fractures du larynx. La plupart des chirurgiens, toutefois, sont d'avis que la première indication est la trachéotomie, dans le but de prévenir la suffocation.

Exceptionnellement et dans le cas de vastes déplacements, il est prudent de faire la thyréotomie.

Il cite un fait de fracture multiple du larynx dans lequel, d'après lui, cette dernière opération était indiquée après avoir ouvert la trachée. Il s'agit d'un homme très robuste qui reçoit dans une rixe une blessure au cou. Il perdit connaissance pendant une heure environ, et, lorsqu'il revint à lui, ressentit une grande gêne respiratoire.

Le Dr Wagner le vit le jour suivant ; la dyspnée était extrême, le malade crachait de grandes quantités de sang en partie liquide, en partie coagulé. La face, le cou, le tronc tout entier, étaient distendus par l'emphysème. Il trouva une mobilité anormale de l'aile gauche du cartilage thyroïde, et pendant qu'il faisait rapidement la trachéotomie supérieure il trouva le cricoïde fracturé lui aussi et en partie retourné sur le premier anneau de la trachée. Le malade allait fort bien, quand, le troisième jour après l'opération, il présenta tous les signes d'une pneumonie hypostatique à droite, en même temps qu'il se plaignait d'une vive douleur en arrière du sternum. Il mourut le jour suivant. A l'autopsie, le médiastin apparaît emphysémateux et plein de pus. Les poumons étaient sains, sauf le lobe postérieur du poumon droit.

Wagner pense que, dans un cas semblable, la thyréotomie serait indiquée non seulement dans le but de replacer les fragments de cartilage, mais encore pour rendre et maintenir antiseptique le siège de la fracture. Il conseille, après avoir ouvert la trachée, d'inciser le larynx sur la ligne médiane, et d'appliquer sur la plaie et dans l'intérieur du larynx un petit morceau de gaze imbibée de liquide antiseptique. Si les fragments du cartilage thyroïde ne peuvent être réunis, ou si leur réunion ne peut être maintenue, Wagner conseille d'enlever la partie du cartilage détachée et même la moitié du larynx. Dans un cas de ce genre rapporté par Billroth, et dans lequel on avait pratiqué cette dernière opération, le patient conserva une bonne voix et fut placé dans des conditions d'existence meilleures que celles qui lui étaient réservées avec un larynx complètement oblitéré et absolment inutile. *(Centr. für Chir.*, n° 23, 1883.)

J. Charazac.

Polype du nez inséré sur la cloison; par le Dr LAUTENBACH.

Le Dr L. LAUTENBACH signale un cas de polype du nez ayant son point d'attache sur la cloison. Le pédicule étroit et la consistance particulière de la tumeur, qui était unique, porteraient l'auteur à penser qu'il s'agissait d'un adénome. (*Philadelphia med. Times,* 3 novembre 1883.)

De la régénération de l'épithélium des véritables cordes vocales; par le Dr N. SIMANOWKY.

D'après l'auteur, l'épithélium des véritables cordes vocales se régénère par division de cellules et surtout des cellules de la couche la plus inférieure, et cela par la manière appelée « Karyokinèse ». Si l'on ne peut se rendre compte de cette néoformation que dans un nombre restreint de figures, c'est parce que le processus de la régénération de l'épithélium à l'étal normal ne se fait que lentement. Les irritations et inflammations artificielles des cordes sont suivies de symptômes très prononcés de « Karyokinèse ». Ces dernières ne se montrent pas seulement sur les parties directement irritées, mais aussi dans les tissus plus profonds, même dans les parties adjacentes qui ne sont pas directement atteintes. (*Waldeyers Arch.*, 1883, XXII, 4; et *Centrabl. für medic. Wissensch* , n° 41, 1883.)

L. BAYER.

De l'accumulation de mucosités concrétées dans le larynx et la trachée; par le Dr HINDENLANG.

Au mois d'août 1881, le Dr HINDENLANG donna ses soins, à l'hôpital de Fribourg, à un malade chez lequel des mucosités s'étaient accumulées dans le larynx immédiatement au-desous des cordes vocales, s'y étaient concrétées et apportaient une grande gêne à la respiration; elles ne laissaient en effet qu'un espace fort étroit au passage de l'air. On put à l'aide de la sonde laryngienne enlever une partie de ces mucosités et les soumettre à l'examen microscopique. Elles apparurent presque complètement garnies de champignons avec leurs spores, mêlés à des débris d'épithélium, de pus et de mucus. Les filaments mycéliaires étaient toutefois en petit nombre. L'épiglotte et le larynx étaient rouges et congestionnés, mais

ne présentaient aucune trace de gonflement. Le malade, un fermier âgé de vingt-un ans, s'était toujours bien porté, et bien que d'un tempérament peu robuste, il n'était atteint d'aucune maladie constitutionnelle. Les organes thoraciques et abdominaux étaient sains, mais la muqueuse nasale et pharyngienne était injectée, granuleuse et sécrétait une quantité considérable de mucus. Au reste les mucosités des fosses nasales antérieures et postérieures ne présentaient aucune trace de champignons. Pas de traces de syphilis, ni de scrofule, ni de tout autre maladie pouvant expliquer cet état.

L'important en la question était de décider si le champignon s'était développé dans le lieu qu'il occupait, ou s'il avait été apporté du dehors.

Le professeur Rees, d'Erlangen, et le professeur Cohn, de Breslau, d'après les conditions dans lesquelles la moisissure a été trouvée, ont jugé que le champignon avait été porté tel quel de l'intérieur dans le larynx et la trachée. Ces spores proviennent évidemment du champ dans lequel le malade travaillait, et si le champignon manquait dans le nez et le pharynx, qui étaient également malades, cela doit être dû à ce qu'ils étaient rejetés en éternuant ou en toussant.

Le traitement consista en inhalations faites avec une solution de 2 $^{1}/_{2}$ $^{o}/_{o}$ d'acide phénique, qui servit à délayer le mucus concrété dans le larynx et favorisa son expectoration. Après quelques jours de traitement, on ne découvrit plus de champignons, et la sécrétion ayant beaucoup diminué sous l'influence d'insufflations d'iodoforme, le malade sortit de l'hôpital sans être complètement guéri, et l'on ne put suivre l'observation.

D'après la lecture de cette observation il est facile de voir qu'il s'agissait simplement d'un cas de laryngite sèche dont M. le Dr Moure a déjà publié quelques cas. (Voir *Revue*, n° 6, Juin 1883.)

J. Ch.

Corps étrangers de la trachée chez un enfant de huit mois; trachéotomie; guérison *(Foreign body in the trachea of an infant eight months old tracheotomy, Recovering)*; par le Dr Aschapringer.

Le nommé J., âgé de 8 mois, fut apporté au Dr Aschapringer le 6 juin 1883, avec tous les symptômes d'un corps étranger de la trachée; l'enfant suçant un quartier d'orange, avait été pris subitement de dyspnée, qu'un vomitif administré presque

aussitôt n'avait point fait diminuer. Après avoir essayé en vain d'obtenir l'expulsion du corps du délit, en mettant l'enfant la tête en bas, l'auteur pratiqua la trachéotomie. L'hémorrhagie fut peu considérable, et le corps étranger fut bientôt expulsé par l'ouverture trachéale, dans un effort de toux; c'était une graine d'orange. Vingt minutes plus tard, la respiration étant redevenue tranquille, la trachée et la plaie furent cousues avec du fil, et la cicatrisation se fit par première intention, sauf au niveau des extrémités par lesquelles passaient les fils, que l'on put enlever quelques jours après.

L'intérêt de l'observation, dit l'auteur en terminant, réside surtout dans le jeune âge de l'opéré et le succès qui couronna l'entreprise. *(The med. Rec.* N.-Y., 25 août 1883.)

Corps étrangers de la trachée; trachéotomie; difficulté de respirer sans la canule (*Foreign Body in Trachea, Removal by Tracheotomy; Difficulty of breathing without the Tube);*
par le Dr LAUTENBACH.

Il s'agit d'un jeune garçon admis à l'hôpital pour un corps étranger de la trachée qui, une fois ce dernier rejeté, grâce à la trachéotomie, ne put quitter la canule sans éprouver aussitôt des accès de suffocation. Le Dr L. LAUTENBACH explique ce phénomène en supposant qu'au moment du rétrait de la canule les lèvres de la plaie, se portant en dedans, venaient fermer l'orifice de la trachée. L'auteur se propose avec raison d'examiner le larynx de l'enfant pour s'assurer qu'il ne contient pas de corps étrangers, et, dans ce cas, il éthérisera alors l'enfant pour éloigner l'idée d'un spasme. *(Philadelphia Méd. Times,* 3 novembre 1883.)

Des vomitifs dans les cas de corps étrangers de la gorge *(Emetics for Bones in the Throat);* par le Dr James Grey GLOVER.

Le Dr James Grey GLOVER fait observer que dans les meilleurs livres classiques de chirurgie, les vomitifs ne sont pas indiqués comme moyen d'expulser les corps étrangers logés dans la gorge; aussi, à l'appui de cette thèse, vient-il apporter le fait d'une femme ayant avalé un morceau d'os et présentant tous les symptômes des corps étrangers des voies

aériennes. L'auteur prescrivit un vomitif (sulfate de zinc), et, après quelques efforts de vomissements, la malade ne tarda pas à rejeter le corps du délit, qui était un os de mouton. Dans deux autres cas, il put agir de la même manière avec un pareil succès.

Les vomitifs sont en effet un bon moyen pour déloger les corps étrangers de la gorge; mais l'auteur aurait peut-être dû faire remarquer tout d'abord qu'il faut être fixé sur le siège exact des corps étrangers. En effet, si ce dernier siège dans l'arrière-gorge, en dehors du larynx, les vomitifs donnent d'excellents résultats; si au contraire, il est dans l'organe vocal ou la trachée, le vomitif amène parfois son déplacement, sans parvenir à le faire rejeter, et dans ce cas la mort du malade peut être la conséquence d'une manœuvre intempestive et faite un peu au hasard. (*The Lancet*, 13 octobre, 1883.)

De l'extraction des corps étrangers de l'oreille *(The Removal of foreign bodies in the Ear)*; par le Dr CHISOLM.

Dans les cas de corps étrangers susceptibles de se gonfler sous l'influence de l'eau (graines légumineuses, etc.) le docteur CHISOLM recommande d'instiller d'abord dans l'oreille un peu d'alcool pour amener le retrait du corps, et d'extraire ensuite ce dernier avec une injection.

Le procédé est ingénieux, en effet; mais l'alcool ne pourrait-il dans quelques cas déterminer une inflammation du conduit et surtout du tympan, comme le fait arrive trop souvent à la suite d'instillations malencontreuses de laudanum, d'éther ou de diverses teintures alcooliques. *(The Med. Rec.* N.-Y., 15 Septembre 1883.)

De la dilatation intermittente et progressive de la trompe d'Eustache; par le Dr E. MÉNIÈRE.

Les rétrécissements de la trompe peuvent être rangés parmi les affections fréquentes auxquelles l'otologiste est appelé à donner des soins.

Les divers procédés mis en œuvre pour les combattre sont généralement connus, mais aussi assez peu employés. Je me

suis longtemps occupé de cette question, et les conseils qui m'ont été donnés autrefois par mon père m'ont grandement servi pour arriver à établir un traitement rationnel dont les bons effets sont des plus satisfaisants.

Je me sers des moyens ordinaires, combinés d'une façon différente, et, après une expérience personnelle de plus de quinze ans, je viens demander à l'Académie de Médecine la permission de lui indiquer, aussi brièvement que possible, le procédé très simple qui m'a réussi et les résultats de cette longue expérience.

Le cathétérisme de la trompe, dont l'école française peut à bon droit revendiquer la découverte, est un moyen de diagnostic et en même temps la base du traitement.

Les insufflations, faites avec des ballons de caoutchouc, ou mieux encore avec une petite pompe à main, qui permet de produire un courant d'air d'intensité variable, sont insuffisantes dans la majorité des cas pour donner un effet complètement utile.

Dès que la sonde métallique est en place il est de toute nécessité d'introduire une bougie d'un calibre moyen, et de la pousser doucement et lentement dans la trompe, à travers le cathéter, que la main gauche maintient en bonne situation.

La bougie doit porter des points de repère bien simples ; le premier correspond à la longueur du cathéter et les suivants sont à 1 cent. les uns des autres.

Je regarde comme avantageux de se servir de bougies un peu fortes, car elles glissent mieux sur la muqueuse ; mais il est vrai qu'elles nécessitent l'emploi de sondes plus volumineuses.

Les sondes dont on fait généralement usage sont d'un calibre trop faible, tant au point de vue de l'introduction de bougies convenables qu'à celui des insufflations.

La bougie permet donc au médecin d'avoir de suite la sensation nette et précise du calibre de la trompe et du rétrécissement qui l'arrête dans sa course, à des points variables.

Depuis longtemps, j'ai laissé de côté les cordes à boyau, les bougies en laminaria, en baleine, pour n'employer exclusivement que les bougies en gomme dont le filament central est formé par une espèce de *crin,* appelé *racine anglaise;* elles sont résistantes, sans rigidité, et cette qualité est importante au point de vue des fausses routes.

Voici maintenant quel est mon procédé ; je prends un exemple :

La trompe est le siège d'un rétrécissement moyen ne laissant passer qu'une bougie de $0^{mm}5$. J'introduis dans le cathéter une bougie d'un calibre légèrement supérieur, et je la pousse doucement jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par l'obstacle. Arrivé à mon but, je laisse le tout en place, en faisant incliner un peu en avant la tête du malade, qui reste ainsi 5, 10, 20 et même 30 minutes jusqu'à ce que le cathéter, faisant levier, tombe, entraînant avec lui la bougie que la trompe dilatée ne retient plus.

La dilatation est donc au maximum à ce moment-là, et je recommence tous les jours, ou tous les deux jours, suivant les cas, en augmentant progressivement le calibre de la bougie.

Une description, quelque claire qu'elle soit, ne peut donner une idée de la simplicité du procédé, qui m'a fourni d'excellents résultats et beaucoup de guérisons durables. Il est facilement supporté et ne répugne pas aux malades de la ville.

Ai-je besoin de dire qu'il faut, pour réussir, avoir de la patience, du soin, et un certain tour de main ; qu'il est des cas où ce procédé est difficile ou impossible à appliquer. Il me suffira de mentionner les saillies exagérées du vomer, les modifications importantes de différentes natures du cornet inférieur, etc.

Enfin, il faut employer des cathéters peu coudés. C'est au médecin à suppléer par sa dextérité aux petites difficultés opératoires.

J'ajouterai pour terminer que les bougies trempées pendant quelques instants dans des solutions médicamenteuses permettent de faire un traitement rationnel des différentes affections si communes de la trompe.

Conclusions. — 1° Il est indispensable, au point de vue du diagnostic et au point de vue du traitement, de ne jamais faire le cathétérisme de la trompe sans introduire de suite une bougie en gomme ;

2° La dilatation intermittente de la trompe peut être faite progressivement par le procédé très simple dont je viens de donner une description ;

3° Les bougies trempées dans des solutions médicamenteuses, et en contact pendant un certain temps avec la muqueuse de la trompe, fournissent au médecin otologiste un

excellent moyen de traitement. (*Acad. de Med.* séance du 26 décembre 1883.)

Du diagnostic des complications cérébrales dans les maladies de l'oreille à l'aide de l'ophtalmoscope *(The Recognition of Cerebral Complication in Aural Affections by means of the Ophtalmoscope)*; par le Dr ANDREW.

Le Dr ANDREW cite à l'appui de cette thèse, déjà soutenue par quelques auteurs, d'abord un cas d'otite moyenne suppurée chronique (otorrhée), suivie d'abcès du lobe moyen du cerveau et de mort, survenue chez un homme de vingt-quatre ans, chez lequel l'examen ophtalmoscopique révéla l'existence d'une névrite optique double. Dans un autre cas, à peu près analogue au précédent, le malade, également atteint de névrite optique, succomba aux suites d'une phlébite du sinus latéral droit et d'une méningite de la convexité.

Le troisième malade guérit d'une otorrhée compliquée de méningite, et le quatrième succomba avec un abcès du cerveau.

Le Dr Andrew pense que toutes les fois qu'à l'examen ophtalmoscopique on constate l'existence d'œdème de la papille chez un malade atteint d'otorrhée, on doit trouver dans ce fait une indication d'ouvrir l'apophyse mastoïde, sinon pour frayer une voie au pus, au moins pour établir un drainage qui laisse s'écouler les produits secrétés par l'oreille moyenne. L'auteur rappelle que l'attention a déjà été appelée sur ces faits par MM. les docteurs Allbutt, Kipp, Knapp et Zaufal, etc.; il termine son article en rappelant les principaux symptômes qui peuvent permettre de reconnaître soit la thrombose du sinus transverse (œdème douloureux de la région mastoïdienne du côté affecté), la phlébite du sinus caverneux, du sinus longitudinal supérieur (hémorrhagie nasale accompagnée de convulsions épileptiformes) et la phlébite du sinus pétreux supérieur, qui n'offre pas de symptômes bien caractéristiques. *(The Med. Rec.* N.-Y., 29 septembre, 1883.)

Modifications histologiques du labyrinthe dans un cas de surdi-mutité acquise (*Histologische Veränderungen in Labyrinth in einem Falle von erworbener Taubst ummheit)*; par les Drs Moos et STEINBRUGGE.

Il s'agit d'une jeune fille traitée par le Dr Politzer, devenue

sourde à l'âge de 4 ans à la suite d'une affection cérébrale, et ayant succombé à l'âge de 12 ans des suites d'une paralysie du côté droit.

Les méninges étaient normales; dans le lobe gauche du cerveau (région pariétale) foyer de ramollissement; au niveau de l'écorce, cavité de la grosseur d'une noix, recouverte de granulations; le ventricule, le cervelet, les corps striés et les noyaux de l'acoustique, sont normaux (Schultze).

Les rochers n'offrent aucune lésion bien apparente à l'œil nu. Les nerfs auditifs, le vestibule, les canaux semi-circulaires et le limaçon du côté gauche, étaient normaux.

A droite, granulations colloïdes nombreuses dans l'utricule, les canaux semi-circulaires et les ampoules. Les cellules épithéliales des canaux étaient peu distinctes, les vaisseaux gorgés de sang. Du côté du limaçon, les fenêtres et leurs membranes étaient saines, mais au niveau du premier contour (coupe perpendiculaire à l'axe du rocher), ossification des parois très prononcée, surtout au niveau de la rampe vestibulaire; la lame spirale était cependant conservée. Sur aucune préparation il ne fut possible de voir les organes de Corti, ni la membrane basilaire.

Les auteurs font remarquer qu'il s'est agi dans ce cas d'une inflammation du labyrinthe droit, ayant déterminé la formation d'un exsudat plastique au début et celluleux ensuite, dans les canaux semi-circulaires, le vestibule, etc., et dont la conséquence fut aussi une oblitération osseuse du premier tour du limaçon et la destruction du nerf à ce niveau. La surdité du côté gauche, dont l'oreille était saine, s'explique par l'affection cérébrale, qui aurait joué le rôle principal lors de la première atteinte. L'altération de la substance ne permit pas d'en faire l'examen histologique. *(Zeïtsch. f. Ohrenheilk.*, 31 mars 1883. Band. XII, 2e et 3e fasc.)

Du traitement sec ou humide de l'otite moyenne suppurée chronique *(The dry or moist treatement of chronic purulent inflammation of the midle ear)*; par le Dr Oppenheimer.

Le Dr Oppenheimer discute la valeur relative de ces deux modes de traitement. Recommandant la première, il conseille, après bien des auteurs, du reste, d'abord de bien nettoyer et dessécher l'oreille, et ensuite d'insuffler la poudre à l'aide

du spéculum, tous les jours d'abord, puis tous les deux jours, et une ou deux fois par semaine plus tard.

L'important est de mettre un tampon de ouate destiné à absorber les produits secrétés et de l'enlever le jour suivant. Les poudres employées seront, en général, l'iodoforme et l'acide salicylique, ce dernier trouvant surtout son indication lorsqu'il existe des granulations daus la caisse. Quelques insufflations, par Politzer, complèteront utilement ce mode de traitement.

Comme toujours, ce procédé est le meilleur et celui qui doit le plus tôt amener la guérison. *(The med. Rec.* N.-Y., 27 octobre 1883.)

Dureté de l'ouïe dans la fièvre typhoïde *(Dulnes of hearing en typhoïd fever)*; par le Dr Comby.

Le Dr Comby rappelle que la surdité, plus ou moins considérable, est un symptôme constant dans la fièvre typhoïde. Bien plus, ajoute cet auteur, dans quelques cas douteux, l'apparition de la surdité est venue confirmer un diagnostic incertain. Dans la fièvre pernicieuse, au contraire, ce symptôme est rare, sauf dans les cas où il est la conséquence de l'ingestion de fortes doses de quinine.

Quelques citations des diverses opinions des auteurs terminent cette épître. *(The med. Rec.* N.-Y., 8 décembre 1883.)

Cécité de l'œil gauche et surdité de l'oreille droite après un traumatisme; par le Dr Waren Tay.

Le Dr Waren Tay présentait dernièrement à « *l'Ophtalmological Society de Londres* » (séance du 13 octobre 1883) un enfant malade qui, plusieurs semaines auparavant, avait fait une chute sur la tête et perdu connaissance. Il eut une hémorrhagie par la narine gauche et l'oreille droite. La papille gauche était insensible à la lumière; pas de paralysie; pas d'ecchymose sous-conjonctivale ; fracture du maxillaire inférieur et déchirures des parties molles de la région fronto-temporale.

Deux jours après, on s'assura qu'il ne voyait pas la lumière d'une lampe de l'œil gauche. L'examen ophtalmoscopique permit de constater un peu de pâleur de la papille, et, plus tard (sept semaines après), un commencement d'atrophie. L'oreille droite était également perdue; mais l'auteur ne dit point si cet organe a été examiné directement.

Appareil pour la galvano-caustie chimique de la trompe d'Eustache;

par le Dr J. Baratoux.

Cet appareil se compose d'un cathéter en caoutchouc durci *a* laissant passer, par un trou percé sur son pavillon *e*, une tige d'argent terminée à l'une de ses extrémités par une petite olive *c* de même métal, offrant quelques échancrures à sa base, et à l'autre, par un canon *b*, destiné à recevoir une électrode de la pile à courant continu.

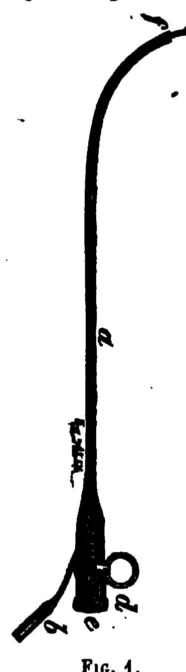


Fig. 1.

Le cathéter est introduit comme à l'ordinaire dans la trompe d'Eustache; l'on a soin toutefois d'appliquer l'olive *c* contre l'extrémité *f* du cathéter. Pour s'assurer que l'instrument est bien en place, on fait passer de l'air avec la poire à insufflation; l'air sort entre les bords de l'extrémité du cathéter et la base échancrée de l'olive, ce que l'on peut vérifier par l'auscultation.

Alors l'on pousse la tige d'argent *b*, *c*, de la longueur voulue, et l'on fait passer le courant de la pile après avoir mis une des électrodes dans le canon *b*, et l'autre sur la peau. Cette dernière électrode est terminée par une large plaque métallique recouverte de peau de chamois, ou encore par un gâteau d'argile, comme l'a conseillé le Dr Apostoli.

On peut faire usage d autres olives en matière isolante, ivoire, par exemple, avec un cercle ou une partie de cercle métallique à la partie renflée en communication avec la tige *b*, suivant que l'on désire agir sur toute la circonférence ou sur un seul point du canal d'Eustache.

Cet appareil peut encore servir pour l'électrisation directe de la trompe.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16

5e Année. N° 3. 1er Mars 1884.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les fluxions de la muqueuse laryngée;

par le Dr Joal.

§ I

L'étude que nous allons faire sur les fluxions de la muqueuse laryngée n'offre certainement pas un grand intérêt au point de vue de la thérapeutique des affections vocales. C'est un travail plutôt théorique que pratique, qui n'apportera aucune modification dans le traitement de troubles morbides déjà connus, mais mal interprétés. Nous voulons montrer que certains phénomènes laryngés, apparaissant subitement et ayant une durée essentiellement passagère, sont attribuables à des poussées congestives; nous voulons établir que de simples mouvements fluxionnaires peuvent donner lieu, dans certains cas,

à des symptômes assez sérieux, tels que : aphonie complète, accès de suffocation.

Nous comprenons combien il serait difficile d'étudier les fluxions de certaines muqueuses, bronchique, gastrique, intestinale, par exemple, que l'on ne peut explorer par la vue; mais pour la membrane vocale il n'en est pas de même. Grâce au miroir laryngien, il est aisé de constater la rougeur, le gonflement de la muqueuse; il est facile de reconnaître le début et la disparition des troubles hyperémiques.

Et cependant la plupart des auteurs français et étrangers ne se sont pas occupés de la question. Dans nos principaux traités de Pathologie interne : Valleix, Hardy et Behier, Grisolle, Jaccoud, Laveran et Teissier, Dieulafoy, pas un seul mot n'est écrit sur les fluxions nasale, pharyngée, laryngée, tandis que de longues pages sont réservées à la description des laryngites.

Dans les ouvrages spéciaux, dans les différentes monographies de nos savants spécialistes, Isambert, Moura-Bourouilhou, Fauvel, Blanc, Poyet, Cadier, Gouguenheim, E. Fournié, Moure, Coupard, Lemarchand, l'étude des fluxions laryngées a complètement été mise de côté. De même les laryngologistes anglais, Morell-Mackenzie, Doumas-Hemming entre autres, ne traitent pas ce sujet.

Quant aux Allemands, ils confondent l'inflammation et l'hyperémie des muqueuses; pour eux, ces deux états pathologiques constituent le catarrhe. Une seule et même espèce nosologique comprend la fluxion active et la laryngite aiguë.

Bœckel, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Krishaber et Peter dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, consacrent un ou deux paragraphes, quelques lignes à peine, à l'hyperémie. Il admettent l'existence de troubles circulatoires distincts et indépendants de tout processus inflammatoire, mais ne donnent pas la moindre description de cette forme pathologique.

Mandl, dans son *Traité des maladies du larynx*, s'étend un peu plus longuement sur la congestion de l'organe de la voix; il réserve même ce chapitre particulier à l'étude

de l'hyperémie laryngée; nous trouvons cependant que la question n'est pas encore traitée avec le soin et le développement qu'elle comporte.

Nous n'avons pas nous même l'intention de faire l'histoire complète de la congestion du larynx; nous ne dirons rien de l'hyperémie *chronique*, de la variété dite *passive*, de celle qui est *secondaire*. Nous voulons seulement nous occuper de la congestion *aiguë active* et *primitive* que nous appelons *fluxion laryngée*. Sous l'influence de diverses causes déterminantes : abus du chant ou de la parole, refroidissement, action de vapeurs ou de poussières nocives, chez certains individus qui sont prédisposés par des conditions particulières, profession, tempérament, maladies générales concomitantes, il se fait une accumulation du sang dans les vaisseaux de la membrane interne du conduit vocal.

A la suite d'une irritation locale et directe, ou bien éloignée et d'ordre réflexe, le liquide sanguin arrive dans les artérioles et capillaires de la muqueuse laryngée sous une pression plus considérable; les parois vasculaires opposent une résistance insuffisante et se laissent dilater. Ses vaisseaux, devenus plus larges, reçoivent une plus grande quantité de sang, l'état congestif est constitué. Mais il n'y a pas de désordres dans la nutrition, les éléments cellulaires ne participent pas à l'irritation, les modifications survenues n'atteignent pas le degré que l'on constate dans l'inflammation.

Lorsqu'un tissu est enflammé il se produit des altérations matérielles; dès lors une réparation prompte et immédiate ne peut se faire; pour ramener la partie malade à son état primitif et normal, un travail organique qui demande un certain temps pour être achevé devient nécessaire; tandis que dans la congestion, l'équilibre dans le cours du sang une fois rétabli, les choses rentreraient aussitôt et rapidement dans l'ordre.

C'est sur ce fait que nous nous basons pour établir une différence entre les troubles de la muqueuse laryngée qui doivent être imputés à l'hyperémie, et ceux qui résultent de l'inflammation. Les phénomènes congestifs ont une durée courte et fugace; ils se dissipent au bout de quelques heures sans laisser le plus souvent aucune

trace de leur passage. Au contraire, dans les laryngites, même les plus légères, les accidents se manifestent avec plus de ténacité ; le processus morbide évolue avec moins de rapidité, deux ou trois jours au moins sont nécessaires pour que la période de résolutiontouche à sa fin, pour que les produits inflammatoires soient absorbés ou éliminés.

Suivant nous, la *fluxion laryngée* est donc un état pathologique de la muqueuse constitué par des troubles circulatoires de nature congestive. Les vaisseaux qui sillonnent la membrane sont injectés; il y a de la rougeur et de la turgescence. Les symptômes subjectifs sont ceux produits par l'irritation et le gonflement de la muqueuse laryngée. Les phénomènes ont une apparition brusque et soudaine, leur durée est relativement courte.

Ces mouvements fluxionnaires se remarquent assez fréquemment. Comment alors s'expliquer qu'ils n'ont pas été étudiés par la plupart des médecins spécialistes? La réponse est simple. Ces congestions ont échappé à l'observation des laryngologistes, parce que les malades n'ont généralement pas recours à leurs soins pour des troubles aussi légers et aussi éphémères. Et il est probable que notre attention n'aurait pas été attirée sur ce point si nous n'avions été nous-même, à différentes reprises, atteint de fluxions laryngées.

Nos recherches ont, en outre, été favorisées par ce fait que nous pratiquons la médecine au Mont-Dore, station thermale fréquentée par les chanteurs, les avocats, les arthritiques, les phtisiques, tous gens qui sont éminemment prédisposés aux congestions actives et primitives du larynx. De plus, au Mont-Dore, le médecin est en contact continuel avec son malade, le praticien a toujours son client sous la main. Lorsque l'hyperémie est soupçonnée, l'examen laryngoscopique peut être fait immédiatement, avant que les symptômes objectifs aient disparu.

Il est à peine nécessaire de dire que pour arriver à un diagnostic certain, il faut être dans la possibilité matérielle d'observer le malade au laryngoscope dans différentes séances, à des intervalles assez rapprochés les uns des autres, et cela dès le début des accidents. Le médecin devra être en mesure d'affirmer, que la rougeur et le

gonflement de la muqueuse laryngée ont eu une apparition soudaine et se sont manifestés en même temps que les troubles de la voix, les quintes de toux, les sensations de sècheresse, de cuisson à la partie antérieure du cou. Il faudra aussi constater que l'injection du larynx est passagère; que sa durée ne dépasse pas vingt-quatre à trente-six heures.

Ces conditions particulières d'observation se présentent assez rarement dans la pratique ordinaire; l'immense majorité des malades attache une petite importance à ces rhumes courts et bénins, néglige de s'en occuper, ou les traite par les pastilles de gomme et les infusions chaudes. Il n'y a guère que les personnes dont la profession exige une intégrité parfaite de la voix : les artistes lyriques et dramatiques, les avocats, les membres du corps enseignant, qui aillent consulter les spécialistes en pareille circonstance, et alors il arrive que les accidents sont mis sur le compte d'un état inflammatoire, si le laryngoscope montre encore une injection de la muqueuse; les phénomènes sont, au contraire, attribués à des troubles nerveux, si la rougeur a disparu déjà. De toute façon, la nature hyperémique des altérations reste ignorée: l'affection de forme congestive est méconnue dans sa simplicité.

Ainsi s'explique comment nos laryngologistes les plus autorisés n'ont pas eu à observer des cas de fluxion laryngée. Pour nous qui, depuis quatre ans, poursuivons nos recherches sur ce point intéressant de la pathologie laryngée, nous avons pu retenir un certain nombre de faits sur lesquels nous allons nous appuyer pour faire la description de la congestion active aiguë et primitive du larynx.

Commençons par mettre sous les yeux du lecteur l'observation qui a servi de base à ce travail; nous sommes en possession des renseignements les plus complets, nous pouvons entrer dans les détails les plus minutieux; c'est l'observation d'un ami intime.

Observation I

X... est âgé de trente-trois ans. Forte constitution.

Comme antécédents : père rhumatisant, mère nervoso-lymphatique, morte de congestion pulmonaire.

Tempérament arthritique; à l'âge de quinze ans, maux de tête fréquents, puis épistaxis; troubles cutanés paraissant ensuite, démangeaisons violentes sans la moindre éruption. En 1871, douleurs rhumatismales dans l'articulation métacarpo-phalangienne des deux pouces; pendant près de trois ou quatre mois, gêne dans les mouvements.

En 1879, nouvelle crise de rhumatisme; pendant trois semaines, douleurs dans les muscles de la région postérieure du cou, avec fièvre et embarras gastrique.

Le plus ordinairement, douleurs vagues dans les membres et le dos lorsqu'on observe de brusques variations de température.

Pityriasis du cuir chevelu et calvitie précoce. Tendance à l'obésité.

Digestions parfois lentes et pénibles; le plus souvent, il y a alors du lumbago et les urines deviennent troubles, presque laiteuses; elles sont épaisses et blanchâtres comme l'eau dans laquelle l'on vient de faire cuire des châtaignes; mais il suffit de les faire chauffer pour leur voir reprendre la transparence qu'elles avaient au moment de l'émission. La chaleur fait dissoudre les urates et phosphates contenus en excès. Pas de trace de glycose ni d'albumine. Il est, du reste, seulement besoin de prendre des alcalins pour que, au bout de deux ou trois jours, les urines reviennent à leur état normal, en même temps que se régularisent les fonctions de l'estomac.

Avant la puberté, voix de soprano assez étendue; au moment de la mue (1866), elle s'est transformée insensiblement en voix de baryton allant du *la* au *sol*. En 1877, après être resté plus de deux ans sans chanter, X..., en reprenant ses exercices vocaux, s'aperçoit que son organe laryngé a éprouvé de nouvelles modifications : la voix a perdu de son étendue; il n'est pas possible de donner en bas le *la* et le *sol*, en haut le *sol* et le *fa dièze*. Ces notes n'ont pu être recouvrées depuis. Les cordes vocales examinées alors sont blanches et nacrées; comme grosseur et longueur, elles se rapprochent plus du type du ténor que de celui du baryton.

Pas de changement dans le timbre de la voix et dans son intensité; il y a cependant peut-être un peu moins de souplesse dans le jeu des organes vocaux.

Le larynx est, en même temps, devenu plus délicat, il se fatigue plus facilement. X... ne peut chanter aussi long-

temps que par le passé, et dans le courant de l'hiver 1877 surviennent pour la première fois de légers enrouements de courte durée, auxquels il n'est pas pris garde et à propos desquels l'examen laryngoscopique n'a pas été fait.

En mars 1878, la voix est surmenée pendant une huitaine de jours; X... chante beaucoup plus qu'il n'en a l'habitude; les morceaux qu'il étudie ne sont pas dans le registre de sa voix; il s'agit d'une partie de ténor. Un certain soir, en sortant d'une répétion assez longue, pendant laquelle il fallut constamment émettre des notes élevées, le sujet prend froid; quelques quintes de toux sèche surviennent pendant la nuit; le matin la voix est enrouée, les premiers sons émis sont graves et discordants, puis deviennent couverts et voilés.

Sensation de chaleur et de chatouillement au niveau du cartilage thyroïde; elle provoque une toux sèche, venant quelquefois par quintes. Pas d'expectoration. Pas de symptômes généraux; le pouls est normal.

Le miroir laryngien montre la face supérieure de l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, sans aucune modification; la muqueuse aryténoïdienne est colorée, les bandes ventriculaires sont le siège d'une hyperémie manifeste, la muqueuse est tuméfiée et injectée. On aperçoit des stries aux bords libres des cordes vocales inférieures, qui n'ont plus leur blancheur éclatante.

Repos absolu de la voix, inhalo-pulvérisation avec une solution légèrement astringente trois fois dans la journée.

Le lendemain, à notre grand étonnement, la muqueuse laryngée était rentrée dans les conditions normales, l'injection des bandes ventriculaires avait disparu, les cordes vocales étaient redevenues luisantes. Nous avions eu affaire à une simple congestion du larynx. Des phénomènes dus à l'inflammation auraient persisté plus longtemps.

Une quinzaine de jours après que se sont passés les faits dont nous venons de parler, X..., qui a repris ses exercices de chant, sans remarquer aucun phénomène insolite du côté de la phonation, contracte un nouvel enrouement qui n'a pas une durée de vingt-quatre heures. Il y a en même temps sensation pénible au cou et un peu de toux. Le sujet a parlé longuement et à haute voix dans une discussion animée, il a fumé plus que d'habitude, et enfin a pris froid quelques instants après, en se mettant au lit. Comme X... se trouvait en

voyage, le larynx n'a pu être examiné; mais il y a tout lieu de croire que les phénomènes éprouvés sont dus à une nouvelle poussée congestive. Les accidents ont cessé sans qu'on ait eu recours à aucune médication.

Pendant la fin de 1878 et pendant l'année 1879, les phénomènes congestifs abandonnent le larynx; pas la moindre altération de la voix pendant près de deux ans; la muqueuse laryngée se montre au laryngoscope dans un état d'intégrité complète. En revanche se manifeste de l'irritation limitée à la muqueuse bronchique avec toux nerveuse, sensation de plénitude dans la poitrine, point douloureux à la région sternale (août 1878); puis reparaissent, avec plus de fréquence et d'intensité, les douleurs articulaires et musculaires, crise subaiguë de torticolis qui dure trois semaines (février 1879).

Depuis ce moment jusqu'en janvier de l'année suivante, santé parfaite; alors, après être resté la plus grande partie d'une journée les pieds dans l'eau, par une température glaciale, le thermomètre marquant 6° au-dessous de zéro, X... contracte une laryngo-bronchite, enrouement prononcé, toux fréquente et quinteuse, expectoration abondante, râles dans la trachée et les grosses bronches; la muqueuse laryngée était fortement colorée au niveau des aryténoïdes et des bandes ventriculaires; l'épiglotte était le siège de petites vascularisations, les cordes vocales inférieures étaient franchement rosées; tuméfaction marquée de la muqueuse enflammée, surtout vers les cordes vocales supérieures. Il fallut près d'un mois pour que le larynx reprenne son aspect normal, pour que les ligaments thyro-aryténoïdiens inférieurs reparaissent blancs et nacrés.

Cette laryngo-bronchite rendit de nouveau le larynx très susceptible à l'action du froid et des fatigues vocales, elle ramena la tendance de l'organe aux mouvements fluxionnaires. Pendant quelque temps, chaque fois que le malade chantait un peu trop, la voix devenait éraillée; il y avait de la chaleur au larynx, la muqueuse des bandes ventriculaires prenait une coloration vive, les cordes vocales inférieures devenaient légèrement striées sur les bords, et quelques heures de repos suffisaient pour faire disparaître ces symptômes.

La fluxion laryngée est très marquée le 17 mars et donne lieu à un léger degré d'aphonie; le sujet chante dans l'après-midi, de deux à quatre heures, seulement deux morceaux,

le « Pieta signor », de Stradella, et les « Plaintes de la jeune fille », de Schubert; il n'y a donc pas de fatigue vocale proprement dite; mais pendant ce temps X... prend froid, il a les pieds glacés; vers les sept heures du soir, enrouement, la voix se couvre, la muqueuse laryngée est injectée, les cordes vocales inférieures n'ont plus leur coloration blanche; à onze heures, il y a un peu d'aphonie, sensation de cuisson en arrière du thyroïde; la muqueuse est assez gonflée et colorée, les cordes vocales inférieures sont tout à fait rosées vers leurs bords libres; pendant la nuit, quintes de toux sans expectoration. Le lendemain, à onze heures du matin, les phénomènes se sont amendés; il y a encore de la rougeur sur la muqueuse; le soir, à huit heures, les rubans vocaux sont dans leurs conditions normales, la voix n'est plus enrouée.

En février 1881, le malade, remarquant que ses douleurs rhumatismales redeviennent plus fréquentes et plus fortes, veut arrêter le mal en ayant recours aux sudations; il se rend donc dans un des nombreux *hammam* de Paris et fait une longue séance dans une étuve chauffée avec de la vapeur sèche; transpiration abondante, un peu de toux avec sensation de raclement à la gorge, pendant le séjour dans l'étuve. Le sujet est certain de ne pas avoir pris froid en sortant du bain de vapeur; il a très peu parlé, il ne faut pas faire intervenir la fatigue du larynx, et cependant une fluxion laryngée assez intense se produit.

L'hyperémie laryngée est cette fois constatée par M. le Dr Coupard; la durée des phénomènes congestifs ne dépasse pas vingt-quatre heures.

Quelques jours après, X... retourne au hammam, son larynx ayant été préalablement examiné et ayant paru dans les conditions normales. Séance de une heure dans la vapeur sèche. Les plus grandes précautions sont prises à la sortie de l'étuve afin d'éviter tout refroidissement.

La fluxion laryngée paraît bien, mais le mouvement congestif est cependant moins prononcé que le précédent; il ne dure pas plus de douze heures.

Nous devons noter qu'en dehors de ces deux circonstances, le malade a toujours pu prendre des bains de vapeur sèche sans éprouver le moindre trouble laryngé.

Depuis cette époque X... n'a plus eu de pousses congestives au larynx; les mouvements fluxionnaires se sont portés

sur la muqueuse nasale; pendant quelque temps il y eut des congestions simples de la membrane pituitaire, puis survinrent de vrais coryzas; l'inflammation restait d'abord limitée aux fosses nasales; mais, dans les dernières atteintes, la rhinite fut suivie de laryngite et de bronchite.

Nous espérons qu'après la lecture attentive de cette longue observation, l'on restera convaincu que nous nous sommes bien trouvé en présence d'accidents laryngés, occasionnés par l'hyperémie active de la muqueuse, et que l'élément inflammatoire n'entre pour rien dans la production de phénomènes ayant disparu aussi rapidement. Ce fait intéressant montre aussi que les poussées congestives ont eu lieu le plus souvent après de grands efforts vocaux; nous verrons, en effet, que les exercices prolongés du chant, l'usage immodéré de la parole, doivent être placés en première ligne parmi les causes qui provoquent les fluxions laryngées. Nous devons aussi faire remarquer que les refroidissements, les bains de vapeur sèche, ont, chez le malade, favorisé l'apparition et le retour des accidents. Notons enfin que le sujet était éminemment prédisposé aux congestions par la diathèse arthritique; il nous a même semblé que les mouvements fluxionnaires se développaient dans le larynx en même temps que l'on observait la disparition ou l'atténuation des douleurs rhumatismales éprouvées dans les parties musculaires et articulaires. Ce sont là, du reste, des questions que nous examinerons lorsque nous traiterons de l'étiologie de l'affection. Etudions en d'abord la symptomatologie.

§ II

La congestion active de la muqueuse laryngée se révèle à l'examen laryngoscopique par de la rougeur et du gonflement de cette membrane.

L'injection, débutant par les artérioles et les veinules, envahit bientôt le réseau capillaire, et se montre sous une forme diffuse; rarement la rougeur est en points ou en plaques; d'une façon générale la coloration est plus foncée, pouvant aller, dans quelques cas assez rares, jus-

qu'au rouge vif; c'est surtout au niveau des bandes ventriculaires que l'injection devient prononcée.

Sur les cordes vocales inférieures, on constate de fines arborisations le long du bord libre; ces stries reposent sur un fond grisâtre ou bien de teinte légèrement rosée; jamais nous n'avons vu les ligaments vocaux devenir entièrement rougeâtres, comme nous avons eu plusieurs fois occasion de l'observer chez des malades atteints de laryngite aiguë (variété hémorrhagique); la coloration rosée de la partie interne des cordes peut être uniforme; les vascularisations peuvent manquer, mais le fait n'est pas fréquent.

A l'entrée du larynx, la muqueuse qui recouvre la commissure postérieure, les cartilages aryténoïdes, le ligament ary-épiglottique, se montrent avec une rougeur diffuse, plus foncée ordinairement à la région aryténoïdienne. La face antérieure de l'épiglotte, souvent rosée, est parcourue par de nombreuses vascularisations.

La congestion est générale ou partielle. Dans certains cas, elle envahit la totalité du larynx, comme cela arrive ordinairement dans les hyperémies consécutives à des refroidissements; d'autres fois, les phénomènes d'injection sont peu marqués et restent limités au bord libre des cordes vocales; cela se voit chez les chanteurs après des efforts de voix violents ou prolongés; enfin, il se présente des cas où les rubans vocaux étant indemnes, la congestion occupe l'épiglotte, les ligaments aryténo-épiglottiques, les cartilages aryténoïdes et les bandes ventriculaires; les troubles diminuent d'intensité à mesure qu'on pénètre plus bas dans le larynx; les fluxions produites par la fumée du tabac, par des vapeurs ou poussières nocives, affectent cette dernière forme.

L'hyperémie active et primitive peut ne pas se porter sur le seul organe de la voix; l'injection et la rougeur peuvent en même temps s'étendre aux muqueuses du pharynx et de la trachée; l'on a alors affaire à des congestions pharyngo-laryngées ou trachéo-laryngées.

Il est inutile de faire remarquer que le degré de coloration de la muqueuse est en rapport avec l'énergie et la violence du mouvement fluxionnaire qui, dans le larynx, n'atteint pas les proportions constatées dans

d'autres régions. L'injection de la pituitaire hyperémiée peut être tellement prononcée, et la dilatation des capillaires peut être si grande, que des ruptures vasculaires peuvent en résulter et donner lieu à des épistaxis abondantes; nous n'avons jamais observé pareil fait à la suite de fluxion laryngée, et nous dirions volontiers que la congestion active du larynx ne détermine jamais d'hémorrhagie, si Mandl (qui distingue cependant l'hyperémie de la congestion inflammatoire) n'avait constaté, chez une dame âgée, un écoulement hémorrhagique provenant des ventricules de Morgagni, alors que la muqueuse était simplement hyperémiée.

Un second symptôme objectif qui nous est révélé par le laryngoscope est le gonflement, qui, dans les cas légers, fait absolument défaut; lorsque la fluxion a une certaine intensité, la muqueuse est tuméfiée au niveau des bandes ventriculaires, de la commissure postérieure, de la région aryténoïdienne, des ligaments aryténo-épiglottiques, en un mot au niveau des parties où la membrane est réunie aux couches sous-jacentes par un tissu cellulaire plus lâche et plus abondant, de telle sorte que la dilatation vasculaire et la transsudation séreuse y peuvent être plus faciles. Au contraire, sur les cordes vocales inférieures, le gonflement est peu accusé, parce qu'à cet endroit la muqueuse adhère intimement au ligament thyro-aryténoïdien. De toute façon, on conçoit que dans l'hyperémie, la turgescence ne doit pas dépasser certaines limites; c'est à peine si les bandes ventriculaires pourront cacher une très petite partie des cordes vocales inférieures. Il ne saurait en être autrement; les troubles circulatoires ont une durée trop courte pour que le plasma transsudé soit en quantité notable; il n'y a pas ici, comme dans l'inflammation, d'exsudats véritables, de produits de nouvelle formation; aussi dans la fluxion le gonflement n'arrive jamais au degré atteint dans la laryngite aiguë.

L'examen au moyen du miroir permet aussi de constater, chez un petit nombre de malades, un défaut de rapprochement des cordes inférieures. Les rubans vocaux, au lieu de se réunir pendant la phonation, comme cela se voit à l'état normal, laissent ouvert, sur la partie

médiane, un petit espace ellipsoïde; les bords libres n'ont plus une direction parallèle : ils forment une ligne concave. Voici une observation dans laquelle cette lésion était nettement caractérisée.

Observation II

X..., étudiant en médecine, est âgé de vingt-quatre ans. Né dans un pays de montagnes, ayant longtemps habité une ville froide et humide, il est rhumatisant; son père était du reste couvert de douleurs Il a eu une névralgie du plexus brachial qui l'a fait souffrir pendant plus d'un mois, en 1878.

Quelques rhumes de cerveau pendant la mauvaise saison.

A eu une laryngite en 1879, la voix a été enrouée pendant trois semaines. Depuis lors, pas le moindre trouble vocal; le sujet chante assez agréablement, c'est un ténor léger.

En février 1881, nous le trouvons un matin à l'hôpital de la Pitié avec une voix tout à fait couverte; il y a un léger degré d'aphonie, il est impossible de parler dans le registre élevé; les sons qu'il produit sont graves et discordants; le malade nous raconte que la veille, après un repas copieux, dans lequel il a mangé et bu plus que d'habitude, il s'est rendu à une réunion publique. Là il a fumé beaucoup et a crié pendant près d'une demi-heure pour empêcher un orateur de prendre la parole; la fatigue vocale était très grande, la voix était alors complètement éraillée. En outre, une fois dans la rue, le malade a pris froid; il se rappelle avoir eu un petit frisson.

La nuit est excellente, le malade dort bien; pas de fièvre.

Mais le matin les troubles vocaux sont constatés; le sujet éprouve au larynx une sensation de chaleur qui provoque une petite toux sèche peu fréquente.

Au laryngoscope, nous voyons que la muqueuse est rouge, surtout au niveau des bandes ventriculaires, qui sont un peu gonflées; le vestibule du larynx est aussi injecté, vers les aryténoïdes et les ligaments ary-épiglottiques; la teinte est plus foncée que d'habitude; les cordes inférieures sont légèrement rosées le long de leurs bords libres; nous voyons en plus que les rubans vocaux ne se réunissent pas pendant la phonation; ils laissent entre eux à leur partie moyenne un ménisque qui a un peu moins d'un centimètre d'étendue; les

cordes s'écartent parfaitement pendant l'inspiration. Nous pensons qu'il s'agit d'une laryngite aiguë à son début, avec paralysie des muscles thyro-aryténoïdiens internes; nous conseillons des inhalo-pulvérisations avec une solution astringente, un purgatif et une compresse mouillée autour du cou; l'organe laryngé doit rester dans le repos le plus absolu.

Le lendemain matin, nous revoyons le malade; il nous dit que les phénomènes ont commencé à diminuer la veille, dès les cinq heures du soir; la sensation de gêne a disparu, la voix est revenue peu à peu, la toux a cessé; au laryngoscope, nous trouvons que la muqueuse a repris à peu près son état normal; il y a cependant un peu de coloration vers les bandes ventriculaires; les cordes vocales, redevenues blanches sur le bord, ne se réunissent pas parfaitement. La voix est revenue en partie; il est possible au malade de parler pourvu que la conversation se fasse dans le registre grave; les notes élevées sont criardes ou voilées.

Le malade, en constatant une amélioration aussi rapide, n'a pas jugé nécessaire de se soigner; il n'a suivi aucune médication.

Le jour suivant, le larynx nous paraît être dans les conditions ordinaires. Plus de rougeur de la muqueuse, plus de gonflement, plus d'insuffisance glottique. La voix parlée est claire et bien timbrée dans tous les registres. Nous recommandons à X... de ne pas s'exposer aux fatigues vocales pendant une période de quinze jours au moins.

Environ un mois et deux mois après cette époque, nous examinons de nouveau le larynx du sujet; l'aspect est tout à fait normal, le malade peut chanter aussi bien qu'avant l'apparition des accidents que nous venons de rapporter.

Nous n'hésitons pas à déclarer qu'il nous semble bien difficile de ne pas mettre sur le compte d'une fluxion laryngée les symptômes observés chez ce malade. Nous estimons que c'est à une poussée congestive qu'il faut rattacher non-seulement l'injection et la turgescence de la muqueuse, mais aussi le défaut de rapprochement des cordes vocales. Sous l'influence de causes multiples et combinées, un mouvement fluxionnaire s'est porté sur l'organe de la voix et a atteint, en même temps que la membrane interne, les extrémités nerveuses qui animent

les muscles thyro-aryténoïdiens internes, tenseurs des cordes vocales. Il y a eu hyperémie des filets nerveux et de leurs enveloppes, amenée soit par l'action du froid, soit par la fumée du tabac, soit par les cris prolongés et violents. Nous expliquons ainsi la paralysie bilatérale et passagère des thyro-aryténoïdiens; elle est le fait de la perturbation des fonctions nerveuses ; cette akinésie, qui se développe et disparaît avec les phénomènes congestifs, doit avoir la même origine que ces derniers. Du reste les auteurs admettent bien l'existence de paralysies laryngées à la suite de refroidissement ou de grands efforts vocaux ; mais ils n'ont pas fait voir qu'elles pouvaient être mécaniquement produites par de simples troubles congestifs.

Dans la fluxion laryngée, l'akinésie n'est pas toujours bilatérale; elle peut frapper un seul des deux muscles tenseurs des cordes. Alors, tandis que l'une d'elles a une direction rectiligne, l'autre est concave à la partie moyenne ; l'espace libre est plus petit; les altérations de la voix sont moins prononcées : c'est alors surtout de la dysphonie qui se manifeste. L'hyperémie semble mieux caractérisée du côté de la corde affectée. C'est ce que nous avons très bien vu chez une jeune femme lymphatique et nerveuse, atteinte de fluxion laryngée avec paralysie du thyro-aryténoïdien droit. La rougeur et le gonflement étaient plus marqués sur la bande ventriculaire du même côté. Le ruban vocal avait des stries rougeâtres et était flasque, tandis que le gauche avait conservé sa coloration blanche. Ces accidents étaient survenus à la suite de cris désespérés pour appeler du secours dans un incendie ; la malade avait, en outre, eu froid.

L'akinésie des muscles crico-thyroïdiens latéraux et de l'ary-aryténoïdien, s'observe quelquefois ; nous reviendrons sur ce point en parlant de l'aphonie.

Nous n'avons jamais vu de cas d'hyperémie laryngée avec paralysie des muscles dilateurs des cordes vocales.

(A suivre.)

COMPTE-RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 24 janvier 1884.

Présidence du Dr Gellé.

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'angine chronique rhumatismale (communication de M. Gellé) (1).

M. Moura. — J'ai observé également cet état particulier chez les asthmatiques, les cardiaques du pharynx et les hémorrhoïdaires. Je considère cet état comme dépendant d'une lésion de l'appareil circulatoire. Je suis tout disposé à la rattacher à la diathèse arthritique. Pour la combattre, je me suis bien trouvé de l'usage de bromure de potassium, du sulfate de quinine et, dans des cas particuliers, de l'application des sangsues à l'anus.

M. Gellé. — Il s'agit bien en effet d'une congestion véritable de toute la tête : la face est vultueuse, la peau du visage colorée, le cuir chevelu peut être subœdémateux, il garde l'empreinte du doigt.

Les sangsues, l'émétique et le sulfate de quinine, comme l'a préconisé M. Charcot dans la maladie de Menière, son les meilleurs remèdes à cette affection.

M. Menière demande à M. Gellé si le vertige est uniquement dû à une affection concomitante de la caisse ou bien encore à une affection de l'oreille interne.

M. Gellé. — Je crois que, dans un certain nombre de cas, le vertige peut être produit directement par l'état congestif pharyngé, car il suffit que la trompe soit congestionnée pour que la circulation de l'oreille soit modifiée. Mais je ne veux pas dire par là que les lésions de la maladie de Menière puissent résulter de l'affection pharyngée ; je ne fais allusion qu'aux vertiges.

(1) Voir le no 12 de la *Revue*, 1er décembre, 1883.

M. MOURA. — J'avoue que les malades que j'ai observés n'ont jamais présenté de manifestations vertigineuses.

M. AYSAGUIER demande à M. Gellé une explication sur l'état de la muqueuse pharyngée, qui, d'après sa description, serait à la fois lisse et plissée.

M. GELLÉ répond qu'il a voulu dire par le mot plissé les formations des deux gros plis latéraux qu'il appelle les faux piliers.

M. AYSAGUIER. — M. Gellé trouve-t-il un rapport entre le vertige de Menière et l'angine chronique dont il parle. Comment se fait-il que cette dernière étant si fréquente, le vertige de Menière soit si rarement observé?

N'y aurait-il là qu'une simple coïncidence et ne faudrait-il pas en rechercher la cause ailleurs que dans l'état de la muqueuse pharyngée?

M. GELLÉ. — A la première question, M. Gellé répond que c'est justement dans les cas de vertige de Menière qu'il a eu à constater cet aspect du pharynx, lequel peut s'observer aussi sans trouble auriculaire.

A la deuxième question, la fréquence de cet état du pharynx ne se rencontre pas aussi souvent que semblerait le penser l'honorable préopinant.

A la troisième demande, les faits cliniques montrent que le traitement bien institué fait disparaître à la fois le vertige de Menière et l'état pharyngé, et la réapparition du vertige coïncide le plus souvent avec l'état pharyngé latéral ou bilatéral.

M. BARATOUX. — Une observation citée par M. Lasègue rentre dans la description de M. Gellé. M. Lasègue attribue la rougeur violacée, l'épaississement des piliers, les vascularisations et la luette, à l'angine goutteuse, qui se porterait, d'après lui, sur toute l'arrière-gorge, principalement sur le voile du palais et des piliers.

Isambert attribuait aussi à l'arthritisme la coloration générale d'un rose tendre, un peu pâle, mêlée d'un reflet opalin général. Ce type peut se compliquer de la présence de lacis vasculaires plus saillants, plus volumineux, qui déterminent un état variqueux de ces vaisseaux et un volume plus grand des glandules; dans ce cas, l'alcoolisme est mêlé à l'arthritisme.

En terminant, je ferais observer à M. Gellé que M. Hering a décrit des bourrelets affectant la forme de plis boursouflés faisant saillie derrière les piliers du voile; cet auteur a donné à cet aspect de la gorge le nom de pharyngite hypertrophique latérale. Schmidt avait déjà signalé l'apparition de ce bourrelet occupant les parties latérales du pharynx.

M. Gellé répond que les descriptions de Schmidt et de Hering sont très nettes, mais que le type qu'il décrit est absolument différent; la muqueuse est partout soulevée et œdématiée, et deux gros plis latéraux, formés par le tissu sous-muqueux, engorgé sous forme de deux gros faux piliers, résultent de cet épaississement et de cet engorgement sous-muqueux qui comble le pharynx.

M. Baratoux a remarqué que les malades présentant ce type de pharyngite supportaient mal l'électricité.

M. Gellé a noté aussi cette hyperesthésie.

Des corps étrangers égarés dans le larynx et l'œsophage;

Observations du Dr F. Hering, médecin de l'hôpital Saint-Roch et membre de la Société médicale à Varsovie (Pologne).

Les corps étrangers s'introduisent dans le larynx et l'œsophage par différents moyens.

Quelquefois avalés en même temps que les aliments, ils s'arrêtent dans l'un des organes précités; parfois, placés dans la bouche pendant que l'on parle, ils pénètrent dans le larynx et produisent alors une quinte de toux très forte et prolongée.

Il arrive, en outre, que, pendant le sommeil de l'ivresse, les aliments rejetés peuvent s'introduire dans les voies respiratoires et devenir cause de suffocation.

Le corps étranger, introduit de cette manière insolite, peut consister soit en fragments de pain, de viande ou d'os, soit en noyaux, pièces de monnaie, graines, cailloux, aiguilles, épingles, en un mot en objets des plus variés.

On a également vu avaler des sifflets, des dés à coudre, des petits jouets, des fausses dents, voire même des sangsues.

L. Johnson cite un cas où fut avalée une petite locomotive d'étain (joujou), pour l'extraction de laquelle on dut recourir à la thyréotomie.

La statistique de *Bourdillat*, basée sur 466 observations, suffit pour prouver la fréquence des cas d'introduction des corps étrangers dans les voies respiratoires.

Gross, dans son excellente monographie *sur les corps étrangers dans les bronches*, donne la description de 200 cas observés jusqu'à présent par différents auteurs.

Les symptômes produits par la déglutition d'un corps étranger et sa présence dans le larynx ou l'œsophage varient suivant sa position, sa nature, son volume et la manière dont il s'est fixé. Si l'objet s'introduit dans le larynx, il peut produire une suffocation instantanée; ainsi, dans ces derniers temps, M. *Jasinski*, médecin à Varsovie, a observé un enfant chez lequel un pépin de courge, introduit dans le larynx, se fixa sur les cordes vocales et fut la cause de la mort subite du petit.

Il arrive quelquefois que, dans des conditions plus favorables, le corps étranger introduit dans le larynx peut y séjourner assez longtemps, et y provoquer des troubles symptomatiques et fonctionnels les plus variés, depuis la toux et l'enrouement, jusqu'à la dysphagie et la suffocation complète. Je décris dans ce mémoire quelques observations personnelles dans le but de prouver que dans des cas de ce genre l'extraction du corps étranger doit être toujours précédée d'une exploration laryngoscopique, l'objet avalé pouvant être en même temps engagé dans le larynx et l'œsophage.

Je voudrais également attirer l'attention de mes confrères sur la possibilité d'atteindre avec le doigt les cordes vocales, surtout chez les enfants, où souvent on ne peut opérer l'extraction que guidé par le doigt. Quelquefois, l'examen du larynx à l'aide du miroir, et l'extraction du corps étranger, ne peuvent être opérés qu'avec le secours du chloroforme, ce qui, surtout chez les enfants, permet d'opérer avec aisance et certitude. L'examen avec la sonde œsophagienne doit être répété à plusieurs reprises et avec le plus grand soin; sans cela, on arrive à des résultats incomplets et erronés, souvent aussi peu agréables pour l'opérateur que dangereux pour le malade.

Le meilleur moyen d'exploration est de procéder à l'aide d'une sonde terminée par une boule métallique. Elle montre mieux que d'autres instruments la présence de l'objet recherché; en outre, la résistance qu'elle offre est plus grande que dans la sonde dite *française*, c'est-à-dire terminée par une boule en os.

Les réflexions que j'ai cru devoir faire se trouvent confirmées par les observations suivantes :

Observation I

Joséphine A..., âgée de dix-huit ans, me fut adressée le 3 septembre 1882 par notre confrère M. Chivat. La malade raconte que huit jours auparavant, c'est-à-dire le 27 août, elle fut prise d'un accès de toux au moment où elle tenait dans sa bouche une aiguille enfilée. L'aiguille tomba dans l'arrière-gorge (le larynx) et s'y fixa, produisant immédiatement une sensation très douloureuse au côté gauche du larynx. Dès ce moment, la malade fut empêchée d'avaler des aliments soit solides, soit liquides. La prononciation devint difficile et fréquemment interrompue par des quintes d'une toux très douloureuse.

L'entourage de la la malade envoya au plus vite chercher un aide-chirurgien (felczer), qui, voyant un fil sortir de la bouche de la malade, se mit à le tirer de plus en plus fort, jusqu'à le faire casser; après quoi, il déclara qu'il lui était impossible de saisir l'aiguille sans se servir d'instruments et engagea à s'adresser à un médecin. La malade, se trouvant en province, en consulta plusieurs; mais toutes les tentatives faites pour retirer l'aiguille restèrent sans effet. L'état de la malade empirait au jour le jour; la salivation, l'insommie, la peur d'étouffer ou de mourir de faim, la forcèrent à chercher secours à Varsovie.

L'exploration de la cavité buccale me permit de constater un gonflement considérable de l'arcade palatine gauche, ainsi que de la luette.

L'emploi du miroir laryngien était très difficile à cause de l'irritabilité de la patiente. Le côté droit ne présentait rien d'anormal; par contre, à gauche, j'ai pu constater que le ligament ary-épiglottique était augmenté de volume, boursouflé et légèrement rougeâtre. Il recouvrait la plus grande

partie du sinus pyriforme, de manière à lui donner la forme d'une fente longitudinale comprimée de deux côtés. A l'intérieur du sinus, au milieu d'une couche de mucus très épais, j'aperçus une ligne foncée longue de quelques millimètres traversant le sinus en obliquant d'arrière en avant, c'est-à-dire du cartilage aryténoïde vers la surface latérale du cartilage thyroïde. Le cartilage de Wrisberg, de la grosseur d'un pois, aux contours effacés, présentait une forte boursouflure, de même que le cartilage de Santorini (*fig.* 5, *p.* 93).

Il n'y avait plus moyen de douter qu'un bout de l'aiguille était entré dans le cartilage de Santorini, bien qu'il me fût impossible, en me servant du spéculum, de l'apercevoir du côté de l'apophyse vocale. L'autre bout (selon toute probabilité la pointe) s'était figé dans les muscles latéraux du cou, après avoir perforé la surface latérale du cartilage thyroïde. J'en fus convaincu en constatant par le toucher extérieur l'existence d'un point douloureux correspondant à la direction de l'aiguille et très sensible à la moindre pression.

J'ai déjà parlé de la sensibilité extrême de la malade, qui l'empêchait de supporter le contact du miroir laryngien pendant plus de quelques secondes. Aussi, les premières tentatives faites pour introduire cet instrument dans la cavité laryngienne et l'utiliser pour l'extraction de l'aiguille, restèrent sans effet, et amenèrent-elles encore une certaine aggravation dans l'état de notre malheureuse cliente. La respiration s'accéléra, devint saccadée; les quintes de toux prirent un caractère spasmodique, la faiblesse augmenta.

Dans ces circonstances, je dus me résoudre à remettre l'extraction de l'aiguille au lendemain, en me bornant pour le moment aux antiphlogistiques. Je prescrivis l'emploi de compresses glacées sur les parties latérales du cou, et à l'intérieur de la glace par petits morceaux.

Le lendemain, l'examen du larynx permit de constater une diminution notable de l'inflammation et du gonflement. La malade, cependant, ne pouvait encore supporter le miroir assez longtemps pour procéder à l'extraction de l'aiguille, et je dus essayer de le faire en introduisant un doigt dans le sinus pyriforme; effectivement, après quelques tentatives, je touchais l'aiguille avec l'index droit, sans toutefois parvenir à la déplacer.

Il n'y avait donc, pour l'extraire, qu'un seul moyen à em-

ployer : la briser en deux dans la cavité même, et en retirer ensuite chaque partie séparément, ce qui, cependant, fut beaucoup plus difficile à exécuter que je ne l'avais d'abord supposé. Après avoir introduit les pinces de Türck à l'aide de la main droite, il me fut impossible d'atteindre l'aiguille avec la main gauche; il fallait donc se servir de cette dernière pour guider l'instrument en le dirigeant à la face inférieure avec l'index de la main droite. J'y réussis enfin, et, malgré les suffocations et les vomissements de la malade, je parvins avec l'instrument jusqu'au fond de la cavité, et je saisis l'aiguille avec mes pincettes. Je dirigeai ensuite ces dernières vers la partie extérieure latérale du cartilage thyroïde, puis vers le haut, et je brisai l'aiguille, Je pus en extraire une partie, longue de 26 millimètres, complètement ensanglantée, et percée d'un trou : c'était la tête de l'aiguille.

J'ajoute que, pour briser l'aiguille, j'ai dû employer une telle force, que le tube métallique d'un demi-millimètre d'épaisseur, au bout duquel se trouve les pincettes, fut complètement courbé. Après l'extraction dn premier fragment, la malade cracha un peu de sang, mais put déjà avaler quelques gouttes de vin et prononcer quelques paroles. Un quart d'heure après, une seconde application du miroir me permit de constater que le reste de l'aiguille s'était logé dans la partie extérieure latérale du cartilage thyroïde, dont il dépassait de quelques millimètres la surface. J'en fis l'extraction quatre heures plus tard, avec les petites pincettes de Schrötter, sans beaucoup de peine, et à l'aide du laryngoscope. La longueur de ce fragment était de onze millimètres. Le même soir la malade, délivrée de tout symptôme fâcheux, quitta Varsovie.

Observation II

Un petit garçon de trois ans, fils de M. N. N. (Volhynien), s'amusait le 10 octobre dernier à jouer avec ses jarretières, terminées par des boucles en métal, en cassa une, la mit dans sa bouche et la tourna et retourna si longtemps, qu'il finit par l'avaler.

Il fut pris aussitôt d'une quinte de toux, de suffocations violentes, d'enrouement et d'un sifflement dans la gorge pendant la respiration.

M. Swivski, appelé auprès de l'enfant quatre heures après l'accident, déclara l'extraction urgente, et, dans ce but, amena l'enfant à Varsovie, tout en se munissant d'instruments pour la trachéotomie, pour le cas où cette dernière pouvait devenir nécessaire pendant le voyage.

Je vis l'enfant le lendemain, et en consultation avec notre confrère M. Jasinski. Nous constatâmes un bruit de cornage très prononcé, ainsi qu'un enrouement des plus désagréables, qui nous paraissaient réclamer une opération immédiate. Afin de mieux examiner le malade, nous le soumîmes à l'action du chloroforme; puis, tenant la bouche ouverte à l'aide d'un écarteur de mâchoires, nous fixâmes la langue à l'extérieur au moyen des petites pinces d'Esmarch. J'introduisis le miroir, et j'ai pu me convaincre que la boucle se trouvait dans la trachée-artère, appuyée d'un côté contre la partie antérieure de la corde vocale, et de l'autre contre les cartilages aryténoïdes. Son rebord le plus long se trouvait donc parallèle aux cordes vocales vraies, seulement dans une direction un peu oblique, c'est-à-dire qu'il les dépassait de quelques millimètres, et offrait l'apparence d'une ligne blanche et brillante. Ce n'est qu'à cette position relativement favorable de la boucle que l'enfant dut de ne pas avoir été suffoqué immédiatement et d'avoir pu supporter sans accident le voyage à Varsovie, d'une durée de plus de dix heures.

La suffocation et le sifflement dans la gorge au moment de l'expiration provenaient en partie de la boursouflure inflammatoire des cordes vocales irritées en partie à leur extension, en même temps à leur rapprochement simultané.

La boucle, dans sa plus grande longueur, mesurait plus de 21 millimètres et dépassait, par conséquent, de beaucoup la longueur des cordes vraies du larynx d'un enfant de trois ans.

Après avoir préparé les instruments nécessaires pour la trachéotomie indiquée, dans le cas où la boucle changerait de place et tomberait dans la trachée-artère, je procédai à l'extraction à l'aide des pinces de Tobold. Je ne tardai cependant pas à rencontrer un obstacle sérieux dans l'accumulation des mucosités obstruant la gorge et ternissant le miroir, et causée par l'irritation produite sur la langue. Lorsqu'enfin j'eus nettoyé le gosier au moyen de tampons de ouate, j'introduisis pour la seconde fois les petites pinces à l'aide du miroir;

de violents mouvements de la trachée-artère produits par la difficulté de la respiration ne me permirent pas d'atteindre la boucle d'une manière sûre et de la saisir d'une façon suffisante pour l'extraire; l'instrument, du reste, m'empêchait de voir clairement, et je fus obligé de chercher une méthode d'extraction plus appropriée.

J'essayai donc de pénétrer dans le larynx avec le doigt, et de me servir de ce dernier pour guider les pinces et accomplir l'extraction.

Je réussis heureusement à pénétrer dans le larynx, à appuyer l'index de la main gauche sur la corde vocale et le bord de la boucle, de manière à immobiliser cette dernière, et, lorsque j'y arrivai avec les griffes des pinces, dirigées sur la surface du doigt, je la saisis; ensuite, en faisant obliquer l'instrument à gauche, je l'amenai à l'extérieur avec la boucle.

Je fis le mouvement latéral avec les pinces dans le but de tordre un peu la boucle et de diminuer sa longueur, car son bord tranchant, fortement implanté dans les parties charnues du larynx, aurait pu blesser, ou même perforer cet organe. La longueur de la boucle était de 21 millimètres, sa largeur de 11 millimètres, son épaisseur de 1 millimètre.

La figure ci-après (*fig.* 2, *p.* 93) la représente dans sa grandeur relle; ses rebords brisés étaient tellement tranchants, qu'ils coupaient le papier et auraient pu endommager sérieusement le larynx lors de l'extraction faite sans l'emploi des précautions prises.

L'enfant eut, à son réveil, une attaque de toux aboyante qui démontra que la partie aryténoïde était fortement irritée.

La suffocation cessa instantanément; mais l'enrouement et les quintes de toux ne disparurent qu'au bout de dix jours. La santé actuelle de l'enfant ne laisse rien à désirer; la déglutition s'opère sans la moindre douleur, la voix est claire, la respiration normale.

Ce cas mérite une attention spéciale sous deux rapports. D'un côté, il montre la possibilité et l'utilité d'arriver au larynx avec le doigt, et d'autre part la nécessité d'endormir les petits malades à l'aide du chloroforme, non-seulement dans le but de faciliter les manipulations chirurgicales, mais aussi pour bien définir la position du corps étranger. Ce n'est que grâce à cette méthode que nous sommes parvenus

à extraire la boucle, dont le séjour prolongé dans le larynx eût produit au bout de peu de temps des symptômes mortels. En présence du faible rayon de lumière qui pénétrait dans le canal respiratoire et de la largeur de la boucle, son extraction par d'autres moyens eût été douteuse et dangereuse. Il eût fallu pratiquer la thyréotomie, couper l'extrémité antérieure des cordes vocales, ce qui aurait pu faire tomber le corps étranger dans la trachée-artère, d'où son extraction eût été fort difficile à cause des bords tranchants de la boucle. Cette complication a été éludée par l'emploi du procédé suivi, que, dans des cas analogues, je crois préférable et supérieur à tout autre.

Observation III

Mme D. P..., âgée de quarante ans, habitant la ville de Zamosé, vint me consulter au mois de mars 1879. La malade se plaignait d'une difficulté dans la déglutition, produite par un corps étranger qui s'était fixé dans la gorge pendant qu'elle mangeait une côtelette.

Toute tentative d'avaler, soit des solides, soit des liquides, causait une vive douleur à l'intérieur du gosier et des quintes de toux spasmodiques. L'état nerveux et tourmenté de la malade rendait fort difficile l'exploration à l'aide du miroir et par la sonde, et réclamait beaucoup de patience. Cependant la sonde œsophagienne pénétra dans la gorge sans beaucoup de difficulté, et la faible résistance que je ressentis à l'approche du cartilage cricoïde ne me confirma pas tout d'abord l'idée de la présence d'un corps étranger. Il est, en effet, assez fréquent que chez des personnes d'un âge mûr on rencontre des entraves de ce genre, surtout en renversant la tête en arrière. L'examen du larynx ne me démontra pas davantage la présence d'un corps étranger, et j'étais tout disposé à croire que les plaintes de la malade étaient plutôt dues à une irritation nerveuse qu'à la présence réelle d'un os avalé qui, passant par l'œsophage, pouvait blesser ce dernier et simuler la présence d'un corps étranger.

Les protestations énergiques de la malade, qui prétendait sentir l'os et indiquait d'une façon précise l'endroit où il s'était fixé et où elle éprouvait de vives douleurs en essayant d'avaler, me décidèrent à répéter l'exploration du larynx à l'aide du miroir.

Grâce à plus de tolérance de la part de la malade, déjà tant soit peu habituée à l'examen laryngoscopique, l'image reproduite par l'appareil fut beaucoup plus exacte, et donna raison à notre cliente.

En effet, sur la corde gauche, c'est-à-dire à sa surface supérieure, sous le cartilage aryténoïde, il me sembla voir un corps blanc se détachant sur les parois postérieures du larynx. En regardant mieux encore, je vis que ce corps était un os mince, aigu, d'une blancheur de neige, et perforant en biais toute l'épaisseur du muscle transverse et de la muqueuse.

Son bord tranchant, d'une longueur de 4 millimètres, adhérait à la surface des cordes vocales vraies, tandis que le reste disparaissait dans le pharynx.

En introduisant la sonde métallique, et à la hauteur du cartilage cricoïde, je sentis parfaitement l'os placé dans une direction parallèle aux cordes vocales.

L'os était donc fixé moitié dans l'œsophage, moitié dans le larynx.

Il s'agissait d'extraire sans la briser la partie fixée dans le larynx, c'est-à-dire dans les parties charnues antérieures.

Je me décidai à introduire dans le gosier des fortes pinces et j'appuyai l'une de leurs branches à la surface postérieure du cartilage cricoïde; la seconde sur la paroi de l'œsophage, demandant à la malade d'exécuter les mouvements de la déglutition. Ouvrant alors les pincettes, je tâchai d'écarter autant que possible le larynx de l'œsophage, et de dégager l'os en lui donnant une position oblique afin d'en faciliter plus tard l'extraction.

Quand la malade (après avoir fait plusieurs mouvements indiqués) eut dit que l'os la piquait à un autre endroit, j'introduisis dans l'œsophage une sonde terminée par un entonnoir métallique, et, saisissant l'os, je pus l'extraire en son entier (*fig.* 3, *p.* 93.)

Sa longueur était de 11 millimètres sur 4 millimètres de largeur, les bords très tranchants, affilés, en forme de lancette.

L'enflure qui se montra dans le voisinage du larynx diminua le lendemain, ainsi que la douleur, et la malade quitta Varsovie après m'avoir laissé le *corpus delicti* et jurant de ne jamais manger de côtelettes.

Observation IV

L'année dernière il m'est arrivé d'observer un corps étranger qui, pris dans l'œsophage, y demeura onze jours.

Une petite fille de cinq ans qui s'amusait avec une pièce de monnaie de cuivre commença à crier, et vint se plaindre à sa mère d'avoir avalé trois gros. Le médecin, appelé en toute hâte, ordonna un vomitif, après lequel l'enfant rejeta les aliments pris avant l'accident et beaucoup de bile, mais pas de monnaie.

Appelé le lendemain, je trouvai l'enfant pâle, de mauvaise humeur; les parents m'informèrent qu'ils lui avaient donné à plusieurs reprises de l'huile de ricin, mais sans résultat.

Pour m'assurer que le corps étranger ne se trouvait pas dans l'œsophage, j'introduisis la sonde. L'opposition violente de l'enfant m'empêcha de faire un examen suffisant, bien qu'il me fût impossible de constater la présence d'un corps étranger.

Toute une semaine durant, l'enfant fut soumis à un régime exclusivement lacté et liquide; la déglutition n'en était pas moins douloureuse, car malgré les assurances de l'enfant que rien ne lui faisait mal, elle éclatait en sanglots dès qu'elle devait avaler quelque chose, et en général ne prenait de la nourriture qu'avec répulsion.

De ces symptômes, je conclus que le corps étranger devait encore se trouver dans le gosier, et, la petite fille ne se laissant pas examiner, je résolus d'appeler en consultation le professeur Kosinski, afin de chloroformer la malade et de l'examiner ensemble encore une fois.

L'exploration avec la sonde nous convainquit que le corps étranger se trouvait à la hauteur du tiers supérieur de l'œsophage.

Il fallut donc introduire des pinces convenablement rapprochées, et, quoique mon confrère et ancien maître ne pût saisir d'emblée l'objet recherché, le contact de l'instrument provoqua une si forte quinte de toux, qu'après l'extraction de l'instrument l'enfant rejeta immédiatement un objet que je trouvai dans la cuvette.

Qu'on juge de notre étonnement en trouvant, au lieu de la pièce de monnaie présumée, une bande de caoutchouc vul-

canisé d'une teinte blanchâtre, de quatre centimètres de longueur, un de largeur, et de trois millimètres d'épaisseur.

Les bords durs et tranchants de cette bande et son élasticité nous expliquèrent suffisamment la difficulté de l'extraire, ainsi que le résultat négatif de mon premier examen à l'aide de la sonde molle.

Il est probable que cette bande s'étant attachée le long de l'œsophage, il m'a été impossible de la trouver à l'aide de la sonde molle, tandis qu'une sonde métallique, employée lors de notre seconde exploration, nous en confirma la présence.

La petite malade ayant déclaré avoir avalé une pièce de trois gros, précédemment vue dans sa main et qui avait disparu depuis, nous induisit tous en erreur, d'autant plus que personne n'avait vu dans les mains de l'enfant le morceau de caoutchouc découvert d'une façon si inattendue. N'était la douleur lors de la déglutition, qui eut pour résultat de nous faire répéter l'examen à la sonde et le rejet du corps étranger lors de l'introduction des petites pinces, les conséquences de cet accident auraient pu être très fâcheuses, les bords acérés du corps étranger étant à même de causer la suppuration, et par suite la perforation des parois de l'œsophage.

Observation V

Le 19 octobre 1883, mes confrères MM. Jawdynski et Sztejner me firent l'honneur de m'appeler à l'hôpital Saint-Esprit, auprès d'un petit garçon menacé de suffocation à la suite d'un fragment d'os avalé de travers et figé dans le larynx.

Joseph Koltyn, âgé de six ans, fils d'ouvrier, fut amené par sa mère à la clinique chirurgicale externe de l'hôpital Saint-Esprit; cette femme raconta que, la veille, l'enfant, en mangeant une soupe au gruau, avait par accident avalé un morceau d'os, égaré dans le bouillon.

Le petit eut immédiatement des quintes de toux suffocante, se plaignit d'une douleur vive et térébrante au moment de la déglutition, douleur limitée à un seul endroit. La nuit fut inquiète, le sommeil de l'enfant fréquemment interrompu par une respiration difficile, saccadée, soufflante et sifflante à la fois *(respiratio stenotica)*.

Le lendemain, ces bruits, qui avaient un peu diminué, reprirent de plus fort lorsque l'enfant fut fatigué, ou après

l'exploration digitale, qui permit de constater la présence d'un fragment d'os à rebord tranchant, arrêté derrière l'épiglotte, mais que faute d'instruments spéciaux il fut impossible d'extraire immédiatement.

A mon arrivée, l'exploration digitale me permit de confirmer le diagnostic de mes confrères : c'était bien un fragment d'os, affilé, tranchant, pour ainsi dire, incrusté derrière le tubercule de l'épiglotte (de Morgagni), qu'il était impossible non-seulement d'enlever, mais même d'ébranler à l'aide du doigt.

Après avoir préparé tout ce qui était nécessaire pour la trachéotomie, l'enfant fut chloroformé, la bouche maintenue ouverte à l'aide d'un dilatateur et la langue tirée en dehors à l'aide des doigts.

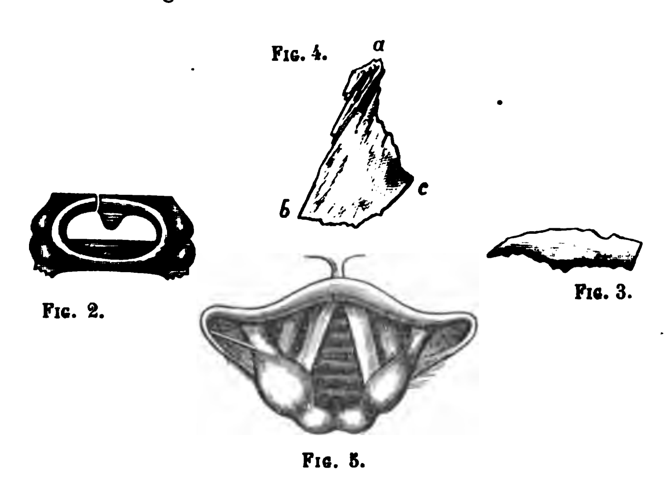


Fig. 4.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 5.

L'exploration par le laryngoscope me permit de constater la présence d'une lamelle osseuse, plate et triangulaire, qui avait pénétré entre les cordes vocales et y avait pris une position verticale, de manière à ne rendre visible que son rebord mince, terminé par un prolongement de peu de largeur. Cet obstacle n'entravait donc la respiration que très légèrement. Un bout de cette lamelle osseuse s'était implanté dans la partie postérieure du larynx, légèrement gonflé au-dessous des cordes vocales, tandis que le bout antérieur s'était figé immédiatement au-dessous de l'angle antérieur de ces cordes.

Les pinces de Türch, introduites à plusieurs reprises, glissaient sur la surface polie du fragment osseux, et ne pouvaient le saisir et le ramener. Ce ne fut qu'après l'avoir saisi plus loin du bord, et en faisant des mouvements de traction en haut et en arrière, que j'ai pu dégager le bord postérieur de l'os, et l'extraire en entier.

C'était, ainsi que l'indique la figure 4, un fragment d'os plat, triangulaire, dont la base mesurait 15 millimètres. Un des deux côtés présentait une longeur de 18, l'autre de 28 millimètres.

Le sommet de ce triangle (*a*) formait un prolongement de 4 millimètres de largeur, un peu plus gros que le reste de l'os.

Les deux angles inférieurs (*b*, *c*) étaient aigus et tranchants, et ce sont eux justement qui s'étaient incrustés dans les parois du larynx, tandis que le sommet touchait au tubercule de l'épiglotte.

L'extraction terminée, les symptômes cyanotiques qui commençaient à se développer cessèrent immédiatement; la respiration, momentanément interrompue, redevint normale, et l'enfant recouvra la présence d'esprit.

Nous recommandâmes l'application de compresses glacées sur le cou, ainsi que l'emploi d'une solution pulvérisée d'acide phénique au centième.

La nuit, la fièvre atteignit 39° C. Il y eut quelques symptômes d'œdème et de rétrécissement du larynx, des sifflements et des râles; tout cela cependant cessa vers le matin; la toux larnygée se prolongea encore quatre jours, puis diminua, la déglutition cessa d'être douloureuse, et l'enfant, guéri, quitta l'hôpital après cinq jours de traitement.

DISCUSSION

M. Baratoux est d'avis qu'avant tout essai d'extraction d'un corps étranger du larynx l'on s'assure tout d'abord, quand on le peut, au moyen du laryngoscope, de la nature et de la position de l'objet. S'il s'agit de perles, de fragments d'os, de pièces de monnaie, etc., il est bon de faire mettre le malade la tête en bas et de le frapper sur le dos, car, dans cette position, le corps étranger a pu souvent tomber dans la bouche du patient et par suite sortir facilement. Si un corps piquant, une aiguille par exemple, s'est engagée dans

le larynx et s'est enfoncée dans les parties charnues, on pourrait avoir recours à un aimant, comme l'a conseillé Voltolini, et, dans les cas de non réussite, employer la pince, comme le Dr Hering l'a fait dans le cas précédemment relaté. Au reste, pour l'extraction de corps étrangers, il faut se rappeler que le larynx présente, après les vomissements déterminés par l'examen laryngoscopique prolongé, une insensibilité qui permet de profiter de ces quelques secondes de répit pour tenter fructueusement l'extraction de corps étrangers.

Il est des cas où l'on doit anesthésier le patient, comme l'a dit M. Hering et comme M. Schrötter l'a fait pendant notre séjour à sa clinique pour l'extraction d'une coquille d'œuf qu'avait avalée un enfant de cinq ans.

Mais il arrive qu'on ne peut pas toujours pratiquer l'examen laryngoscopique ; c'est, au reste, le cas de la plupart de nos confrères ; aussi, si le corps n'est pas expulsé par la méthode dont j'ai parlé en premier lieu, ou si les phénomènes d'asphyxie sont imminents, il faut pratiquer la trachéotomie, car il n'est pas prudent d'aller pratiquer des manœuvres dans le larynx, sans voir ce que l'on fait, surtout lorsqu'il s'agit de corps étrangers qui, par leur déplacement, pourraient amener la mort du patient, comme cela est arrivé maintes fois.

Cependant, quand il n'y a pas urgence à faire l'extraction, surtout lorsqu'on ne peut constater *de visu* la présence et la position du corps étranger, il est bon d'attendre l'arrivée d'un confrère plus expérimenté. On cite, en effet, des cas où un os, par exemple, a pu rester deux mois dans une bronche sans occasionner aucun accident.

M. Moura a communiqué il y a quelques années à l'Académie de Médecine une observation dans laquelle une jeune fille de sept ans avait avalé une épingle en jouant. Cette épingle s'était arrêtée dans la gorge, et l'extraction avait été essayée plusieurs fois à l'aide de pinces. L'épingle était solidement fixée, avait été déplacée à la fin, avait glissé entre les pinces et avait été avalée par la malade. Elle fut rendue le treizième jour dans les garde-robes.

Il est aussi de l'avis de M. Hering pour donner la préférence à la sonde métallique dans le cathétérisme de

l'œsophage. Lorsque l'on donne du chloroforme, ajoute-t-il, il faut placer le malade dans une position qui empêche le corps étranger de tomber dans la trachée.

M. Aysaguier rapporte qu'il a vu M. le professeur Schrötter employer l'anesthésie locale.

M. Baratoux dit que M. Schrötter préfère l'usage du chloroforme; c'est du reste l'opinion qu'il émet dans un travail récemment publié.

Laryngo-fantôme du Dr J. Garel,

Ex-chef de Clinique médicale à la Faculté de Lyon.

L'appareil que j'ai l'honneur de présenter aux Membres de la Société française d'Otologie et de Laryngologie est un perfectionnement de celui que M. le professeur Labus, de Milan, avait déjà présenté au Congrès de Londres. C'est un instrument à réaction électrique permettant de contrôler l'habileté acquise par les élèves.

La première partie ne diffère en rien de la disposition adoptée par M. Labus. Elle est destinée à apprendre à franchir le conduit bucco-pharyngien sans provoquer le moindre réflexe, accident fréquent, on le sait, pour les opérateurs inexpérimentés.

Pour atteindre ce but, M. Labus a construit le conduit en métal. L'orifice représentant la bouche est muni d'une valve maintenue ouverte par un électro-aimant, en rapport avec une pile électrique. Le porte-cautère est une tige métallique, à courbure laryngienne, recouverte de caoutchouc dans toute son étendue, sauf à la pointe. Cette tige est d'ailleurs également reliée à la pile par un conducteur. On conçoit, dès lors, que toutes les fois que le porte-cautère ne sera pas introduit directement dans l'axe de la cavité, la pointe conductrice du courant heurtera les parois de l'appareil; le courant sera aussitôt fermé, la porte buccale basculera et l'élève sera dans l'impossibilité de terminer son opération.

Tel est le dispositif que j'ai adopté dans mon appareil; mais cela ne suffit point d'arriver à pénétrer jusqu'au larynx sans provoquer de réflexes. J'ai été naturellement amené à construire un appareil plus complet qui permît, en outre,

d'apprendre à toucher tel ou tel point désigné d'avance et d'avertir du moment précis où le but était atteint (1).

J'ai moulé un larynx sur le cadavre, et, sur divers points (il y en a huit dans mon appareil, mais ce nombre peut être augmenté à volonté), j'ai placé de petites plaques rondes en cuivre, à peine de 2 millimètres de diamètre.

Ces plaques sont montées chacune sur une tige conductrice cachée dans l'intérieur de la composition dont est formé le larynx artificiel. Toutes ces tiges isolées les unes des autres viennent sortir à la partie antérieure du larynx. Chacune porte une plaque numérotée répondant à un numéro d'ordre indiqué sur une image glottique placée en avant de l'appareil. L'image porte ainsi huit points numérotés simulant des lésions situées en diverses régions du larynx.

On peut alors à son choix articuler avec une sonnerie électrique telle ou telle région parfaitement définie. Si l'on introduit le porte-cautère avec succès sans faire basculer la valve buccale, on arrive sur le larynx; mais pour entendre la sonnerie électrique, il faut parvenir à toucher exactement le point désigné d'avance.

J'ai déjà depuis deux ans employé avec succès cet instrument dans des conférences pratiques de laryngologie à la clinique de mon excellent maître M. le professeur Lépine. Les élèves arrivent assez rapidement à un degré suffisant de précision pour les manipulations ordinaires de la laryngoscopie.

Le larynx moulé est mobile et peut être remplacé par un autre larynx dans lequel sont creusées de petites cavités cylindriques. Dans ces cavités on peut introduire des tumeurs artificielles très différentes de volume. Ce sont des espèces de clous à tête plus ou moins grosse, formés d'un mastic résistant. Ces polypes simulés peuvent être enlevés soit avec les pinces laryngiennes ordinaires, soit encore avec la pince de Stoerk. Avec cette dernière pince on peut même recouvrir de caoutchouc le tube dont elle est formée et y adapter l'un des rhéophores de la pile; on est alors obligé, même en s'exerçant à l'extraction des polypes, d'éviter de toucher les parois de l'appareil, si l'on veut mener à bien l'opération.

(1) J'ai déjà publié (*Lyon médical*, 14 août 1881) une modification de l'appareil de Labus (avec planche); mais elle était beaucoup moins complète que celle de mon dernier appareil.

En résumé, nous croyons être arrivé à construire un appareil aussi complet que possible, permettant mieux que tous ceux connus déjà, non-seulement d'arriver à toucher un point précis du larynx, mais encore de fournir au professeur et à l'élève un contrôle rigoureux de la rapidité de l'opération.

Nous savons bien que l'appareil tel qu'il est construit actuellement est d'une forme assez grossière et qu'il est possible de le simplifier beaucoup. Mais M. Trouvé, l'habile ingénieur électricien, a bien voulu nous promettre son concours pour les appareils que nous aurions à construire dans la suite.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Note sur un cas d'ulcération de la langue; par le Dr Herbert.

Un malade vint consulter le Dr Herbert pour un mal qu'il avait à la langue depuis un an environ. A 3 ou 4 centimètres de la pointe de la langue on voyait une ulcération grisâtre, fournissant quelques gouttelettes d'un pus sanieux, large de 7 à 8 millimètres, reposant sur un noyau induré qui était le siège de douleurs très vives. Les dents étaient saines, sans rugosité ni pointes saillantes. Un stylet introduit dans la plaie donna la sensation d'un corps dur; une incision fut immédiatement faite et le corps du délit enlevé. C'était..... une couronne de dent molaire. Le patient se souvint alors qu'un an auparavant il s'était fait extraire, par un dentiste forain, une dent cariée. Ces artistes en plein vent, fait remarquer le Dr Herbert, croient devoir opérer à toute vapeur pour éblouir le public. Le dentiste aura d'abord saisi la langue avec le crochet, et la couronne cassée aura été violemment introduite dans le parenchyme de la langue. (Le *Concours Médical*, 2 février 1884.)

J. Ch.

L'extirpation du larynx tend-elle à prolonger la vie? *(Does excision of the larynx tend to the prolongation of life?)*; par le Dr Solis Cohen.

Que l'on puisse extirper le larynx sans occasionner la

mort, le fait est certain; mais que l'opération prolonge davantage la vie du malade qu'un traitement palliatif, n'est pas aussi évident. En effet, l'auteur expose une table comprenant 65 cas d'extirpations complètes du larynx, comprenant les statistiques de Mackensie, Foulis, Bruns et Burow. Quatre malades furent opérés pour des tumeurs bénignes, deux succombèrent au bout de quelques jours; les deux autres ont été opérés il n'y a pas encore très longtemps. Cinq fois le larynx fut enlevé pour des sarcomes et le résultat fut vraiment exceptionnel deux fois; dans le cas de Bottini, de Turin, le malade étant encore en bonne santé six ans après l'opération, et dans celui de Caselli, de Reggio-Emilia, dont le succès fut constaté deux ans après. Les autres malades vécurent environ sept, quinze et dix-sept mois et demi après l'opération. Sur 56 cas malades opérés pour des carcinomes, plus de 30 p. 100 périrent dans les huit jours qui suivirent l'opération et 62 1/2 p. 100 six mois après. Les statistiques démontrent que les premiers dangers à craindre sont le traumatisme opératoire et surtout la pneumonie. Après le quatrième mois l'on a à redouter les récidives.

Comparant alors les résultats que donne la trachéotomie, l'auteur arrive à conclure que l'extirpation du larynx, dans les cas de carcinome, ne prolonge pas la vie des malades, et pour sauver quelques rares patients on en sacrifie beaucoup d'autres. (*Trans. of the College of physicians*, séance du 4 avril 1883. Philadelphie.)

Le tamponnement du larynx comme moyen de prévenir la pneumonie dans la diphtérite; par le Prof. Bouchut.

Langenbuch, de Berlin, croit que les pneumonies si fréquentes dans la diphtérite sont dues pour la plupart à l'infection des poumons par les sécrétions du larynx. Dans le but d'isoler le larynx du poumon, il recommande le tamponnement de la trachée. Telle n'est pas l'opinion de Bouchut; la pneumonie ne peut être, dit-il, le résultat de l'écoulement des sécrétions pharyngées dans la trachée, car si les sécrétions coulaient dans les bronches il en résulterait des accès de suffocation terribles. Si la théorie de Langenbuch n'avait pas une sanction pratique, il n'y aurait pas lieu de s'y arrêter; mais, comme elle amène la trachéotomie préventive et le

tamponnement du larynx, il faut faire des réserves à cet égard.

La pneumonie du croup peut résulter, après la trachéotomie, de l'air froid et des poussières, mais surtout des thromboses cardiaques qui envoient, par l'artère pulmonaire, des granules microscopiques de fibrine dans les poumons et forment la pneumonie embolique. Dans ces cas, le tamponnement du larynx, par la plaie de la trachée, ne peut avoir aucune action préventive. (*Paris Médical*, 2 février 1884.)

J. Ch.

Extraction d'une sangsue du larynx; par le Dr Ramon de la Sota y Lastra.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de soixante quatre ans, qui fut admis à la policlinique de Séville, le 3 août 1883. Travaillant quelques jours auparavant dans la campagne et transpirant, il but un peu d'eau froide ; quelques heures après, il crachait du sang. La déglutition et la respiration devinrent difficiles ; il eut des accès de suffocation. Il n'est pas extrêmement rare de voir les gens qui boivent dans les cours d'eau d'Andalousie avaler une sangsue; mais, en général, la rapidité avec laquelle le sang s'écoule de la bouche et la sensation spéciale éprouvée par le malade, ne tardent pas à mettre sur la voie du diagnostic. Mais dans le cas actuel, vu le temps qui s'écoula avant l'apparition du sang et les antécédents tuberculeux du malade, l'attention ne fut point appelée de ce côté; aussi, après avoir examiné la poitrine, l'auteur fut-il étonné, en pratiquant l'examen laryngoscopique, de découvrir une sangsue fixée dans le larynx. Elle fut bientôt extraite avec une pince laryngienne, et le malade guérit rapidement.

De l'aphonie hystérique et de son traitement; par le Dr Gualdi.

Dans une note lue devant l'Académie royale de Médecine de Rome, le Dr Gualdi (*Lo Spallanzani*, fasc. I, II, 1883) raconte le fait suivant : Une sœur de charité, forte et en parfaite santé, était atteinte depuis trois ans d'une aphonie nerveuse rebelle à toute espèce de traitement; la région sous-maxillaire présentait divers points d'anesthésie cutanée, le

larynx était lui aussi atteint d'anesthésie. Le Dr Gualdi prescrivit la potion suivante : Assa-fœtida, 8 gr.; acétate d'ammoniaque, 30 gr.; sirop, 30 gr.; eau, 90. Une cuillerée à café toutes les heures. Le lendemain, l'aphonie persistait encore, mais la malade éprouvait une difficulté de parole moins grande; le jour suivant l'aphonie n'existe à peu près plus, mais la voix est rauque; le quatrième jour enfin, elle était devenue claire et sonore. Dans l'aphonie hystérique il existe un écartement des cordes vocales; il y a toujours du spasme des dilatateurs, bien que la maladie puisse avoir commencé par la paralysie des constricteurs. Le spasme des dilatateurs peut exister sans paralysie des constricteurs, jamais la paralysie sans le spasme. L'assa-fœtida est le remède souverain, parce que son action antispasmodique se porte directement sur le larynx, sur lequel il a une action élective. Le remède doit être administré à hautes doses et à de fréquents intervalles. (*London medical Record*, août 1883.)

J. Ch.

Angiome d'une corde vocale *(Angioma of the vocal cord)*; par le Dr L. Elsberg.

Notre savant collaborateur a présenté dernièrement à la *New-York Pathogical Society* (séance du 12 décembre 1883) une tumeur enlevée à un professeur de chant âgé de vingt-huit ans. Le néoplasme occupait la corde vocale droite, au niveau de la commissure antérieure; au laryngoscope, il paraissait avoir le volume d'un pois. L'examen micrographique révéla sa nature angiomateuse. Ces sortes de tumeurs fréquentes sur la peau sont beaucoup plus rares dans le larynx, puisque la littérature n'en contient encore que dix, dont deux signalés par cet auteur. (*Philadelphia méd. Times*, 29 décembre 1883).

Un cas remarquable de polype du larynx; par le Prof. Voltolini, de Breslau.

Il s'agit d'une opération faite au moyen de l'éponge, dans un cas de polype laryngé récidivé, qui fut enlevé une première fois par le Professeur Schnitzler pendant le sommeil anesthésique et dont nous avons déjà parlé. (Voir compte-rendu *in Rev. mens.*, p. 330, 1881 : *Première opération intra-laryngienne pendant le sommeil anesthésique; extirpation d'un polype du*

larynx chez un enfant de huit ans, par le Dr SCHNISTZLER.) Le polype avait donc repoussé, et un an après le malade vint trouver le Dr Voltolini pour subir une nouvelle opération au moyen de l'éponge.

M. Voltolini commence par introduire de petites éponges dans le larynx et réussit peu à peu à faire diminuer le polype. Lorsque l'éponge n'agissait plus, à cause de la grande résistance du reste du polype, M. Voltolini fit usage, avec succès, de sa fourchette laryngée. Le pédicule du polype fut détruit avec le galvano-cautère. Le garçon radicalement guéri jouit d'une voix parfaitement bonne. (*Separat-Abdruck aus der Monatsschr. für Ohrenh.*, etc., n° 6, 1883.)

L. BAYER.

Polype du larynx chez un enfant; conférence clinique du Dr Jules SIMON.

Sous ce titre, l'auteur publie l'observation d'un enfant atteint de dyspnée que l'on présenta à la consultation de l'hôpital des Enfants. La dyspnée était si intense, le sifflement trachéal si prononcé, que l'on aurait pu songer, tout d'abord, à un cas de croup très avancé. La marche de la maladie permit d'éloigner ce diagnostic, et M. Jules Simon pensa à de l'adénopathie trachéo-bronchique, avec phénomènes de compression. M. Labric, interne du service, ayant pu examiner l'enfant plus complètement, pensa qu'il s'agissait d'une laryngite très intense. Le malade ayant succombé à une diphtérie contractée à l'hôpital, l'autopsie permit de reconnaître l'existence de tumeurs papillaires siégeant dans le larynx.

Ainsi que le fait observer l'auteur, ce fait vient une fois de plus démontrer l'importance de l'examen laryngoscopique non-seulement dans les cas douteux, mais encore toutes les fois qu'il existe un peu d'enrouement ou la plus légère dyspnée. Cependant, nous ne saurions admettre que les polypes du larynx, chez les enfants, soient aussi exceptionnels que semble le dire le savant professeur, car les faits publiés jusqu'à ce jour, sans parler de la thèse du Dr Causit, sont déjà très nombreux. (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, Janvier 1884.)

Observations de maladies de la gorge et du nez *(Clinical cases of diseases of the throat and nose)*; par le Dr Hunter Mackensie.

Le premier fait est l'histoire d'un enfant de quatre ans, atteint de rougeole, et dont la voix commença d'abord à s'enrouer, puis finit par disparaître, en même temps que la respiration s'embarrassait. L'examen laryngoscopique ne donnant pas de résultats satisfaisants, la trachéotomie dut être pratiquée, et l'enfant continua de garder sa canule tant que l'obstruction laryngienne ne fut pas absolument guérie.

Le second cas est celui d'un malade de cinquante ans, atteint de papillomes de la bande ventriculaire droite, qui furent enlevés par la méthode endo-laryngée, et chez lequel l'auteur constata également l'existence d'une paralysie de la corde vocale droite.

Dans le troisième fait, l'auteur rapporte en détail l'histoire d'un malade de cinquante ans, atteint d'une affection laryngienne, dont le diagnostic n'était pas net et permettait d'hésiter entre la syphilis et le cancer. Après la mort du malade et l'examen microscopique de l'organe, l'auteur semble se rattacher à la première de ces diathèses.

Enfin, la quatrième observation a pour but de démontrer la valeur incontestable et incontestée, je crois, du galvano cautère dans le traitement des polypes du nez et de l'hypertrophie de la muqueuse des fosses nasales. (*Edimb. Med. Journ.*, Octobre 1883.)

Rapport sur l'importance et le traitement des maladies du nez, lu à la Société des médecins de Vienne *(Ueber die Bedentung und Behandlung der Nasenkrankheiten)*; par le Dr W. Roth.

Le rapporteur donne d'abord un abrégé de l'histoire de la rhinoscopie, et fait remarquer, avec Voltolini, que parfois l'asthme, dont l'apparition avait coïncidé avec celle des polypes du nez, n'ayant pas complètement oblitéré les fosses nasales, disparaît après l'extirpation de ceux-ci. Il parle alors de deux cas observés par lui, et dans lesquels il s'agit d'accès d'asthme ayant plusieurs heures de durée, commençant toujours par un éternuement chez des malades présentant un gonflement de la muqueuse pituitaire. Celle-ci détruite au galvano-cautère, les accès ont disparu.

Hack a observé qu'un rapport existe entre les maladies du nez et celles des organes voisins.

Toute irritation de la membrane pituitaire, dit Roth, est suivie d'un gonflement des corps caverneux qui se trouvent entre la muqueuse et le périoste, et qui produisent une irritation secondaire, qui donne lieu à des réflexes de nature différente, si toutefois ces réflexes n'ont pas été causés par l'irritation primitive de la membrane pituitaire lorsque celle-ci est très intense. Pour détruire la membrane, Roth se sert aussi avec succès d'un crayon de nitrate d'argent qu'il a construit à cet effet. (*Wiener medic. Wochenschrift*, n° 50, 1883.) L. L.

De la toux nasale *(On nasal cough)*; par le Dr John Mackensie.

L'introduction, dans les fosses nasales, d'un instrument quelconque (sondes, pinces, stylet), etc., amène le plus souvent des accès de toux variable en intensité, suivant les individus, le point excité et la violence de l'excitation. Frappé de ce fait, le Dr John Mackensie, de Baltimore, fut amené à rechercher les causes, et le résultat de ses expériences a été consigné dans un travail publié par l'*American Journal of the Medical Sciences* (juillet 1883).

S'appuyant à la fois sur des données expérimentales et sur des faits cliniques, Mackensie en est arrivé à conclure à l'existence dans les fosses nasales d'une zone sensible donnant lieu, sous l'influence d'excitations artificielles ou pathologiques, à une toux variant depuis une courte inspiration jusqu'à des accès paroxistiques d'une très grande violence.

L'excitation portée sur la partie antérieure de la cloison des fosses nasales ne donne aucun résultat; il en est de même pour les extrémités antérieures des cornets moyen et inférieur, et le patient ne ressent d'autre sensation que celle d'un corps étranger comprimant la muqueuse avec plus ou moins d'intensité. Tout autre est l'effet produit si l'excitation porte sur la partie postérieure des deux derniers cornets, du cornet inférieur en particulier. Il se produit alors des phénomènes réflexes variables en intensité, suivant la violence de l'excitation et la sensibilité particulière de chaque sujet ; le plus léger attouchement produirait des quintes de toux très violentes qui chez d'autres, ne se produisent que par une excitation forte et prolongée.

La clinique est venue confirmer les données expérimentales, et plusieurs fois Mackensie a vu la guérison de l'affection nasale amener la disparition des phénomènes pulmonaires. Il en donne plusieurs exemples. C'est tout d'abord une jeune femme fortement constituée, en proie à une toux férine, à des accès de dyspnée et des sueurs nocturnes qui faisaient craindre une tuberculose. L'examen des organes thoraciques ne donne pas de résultat; on ne trouve qu'une rhinite hypertrophique postérieure de chaque côté, compliquée d'une hyperostose des cornets inférieurs, oblitérant presque complètement les cavités. Un traitement approprié fit disparaître la lésion nasale et avec elle les phénomènes thoraciques. Les autres observations citées par Mackensie ne sont pas moins concluantes; nous ne les citerons pas toutefois, mais nous donnerons les conclusions de l'auteur. De ses expériences et des faits cliniques qu'il rapporte, il croit pouvoir conclure :

A l'existence dans les fosses nasales d'une zone bien définie dont l'excitation pathologique et expérimentale donne lieu à un acte ou à une série d'actes réflexes.

Cette zone sensible répond, suivant toutes probabilités, à cette partie de la muqueuse qui recouvre la partie postérieure des deux derniers cornets, notamment du cornet inférieur, et la partie correspondante de la cloison.

La toux nasale est produite par l'excitation de cette zone et d'une façon exceptionnelle par l'excitation des autres parties des fosses nasales.

La sensibilité varie avec les individus et dépend probablement du degré d'excitabilité plus ou moins considérable du tissu érectile.

La sensibité exagérée de cette zone peut jeter quelques lumières sur le rôle physiologique des corps érectiles. Ils seraient, en effet, comme des sentinelles laissant à l'air un libre passage, mais protégeant le pharynx contre l'entrée des corps étrangers, et les exhalations nuisibles. *(American journal of the Medical sciences*, juillet 1883.)

Telles sont les conclusions de Mackensie dans un article publié par l'*Union médicale* du 22 janvier 1884. Le docteur Longuet, analysant le travail du médecin de Baltimore, rappelle, en outre, les travaux du docteur Hack (de Fribourg), les observations de Seiler, sur le même sujet, et conclut avec tous ces auteurs à l'existence « d'une toux nasale dont

le point de départ est un état pathologique des voies nasales postérieures et dont un traitement local triomphe avec une très grande facilité. A la partie postérieure des cornets inférieurs et du septum siège une *zone tussigène* absolument comparable aux zones hystérogènes de certains névropates, aux zones épileptogènes, des cobiais, chez lesquels Brown-Sequard réalise une épilepsie expérimentale ».

Cette zone correspond exactement au domaine du rameau externe du nerf sphano-palatin et du rameau nasal du grand nerf palatin. L'excitation, dit Longuet, conduite du bulbe, est transmise aux nerfs respiratoires et détermine le spasme tonique des mêmes muscles, phase première de l'asthme ainsi qu'on l'obtenait dans les expériences de Schiff et Paul Bert. Ce mécanisme lui paraît plus plausible que l'explication empruntée par Mackensie à la physiologie de Brown-Sequard et cherchée dans l'hypothèse d'un réflexe vaso-moteur produisant, par l'intermédiane du ganglion cervical, une hyperémie laryngée cause immédiate de la toux (1).

J. CHARAZAC.

Deux cas de polypes fibreux naso-pharyngiens opérés par la méthode de Gussenbauer *(Zur Gussenbauer'schen Operationsmethode in zwei Fallen von fibörsen Nasen-rachen-polypen)*; par le Dr J. MIKULICZ, prof. à Cracovice.

M. Mikulicz a opéré récemment, avec succès, deux malades atteints de polypes naso-pharyngiens très volumineux par la méthode de Gussenbauer (incision de la muqueuse et du périoste de la voûte palatine, résection d'une partie de la voûte sur la ligne médiane, ablation de la tumeur par la cavité buccale et uranoplastique ultérieure).

Cette opération présente cet avantage qu'il est facile de triompher de l'hémorrhagie qui se produit au point d'insertion des polypes, et qu'on peut enlever radicalement la tumeur. Plus tard, si la récidive se produit, on peut l'apercevoir par la cavité buccale et opérer de nouveau. Cette méthode n'est suivie d'ailleurs d'aucune déformation, ni de lésion fonc-

(1) Voir encore sur le même sujet la thèse du Dr G. Moure : *Des rapports de certaines névroses, en particulier de l'asthme, avec les polypes muqueux du nez et des sténoses nasales en général.* Paris, O. Doin, édit. 1883.

tionnelle. Mikulicz a modifié cette méthode en ce sens que dans le premier cas l'incision portait sur le voile du palais tout entier, tandis que dans le second elle n'intéressait que sa partie antérieure. Il obtenait aussi plus d'espace et plus de clarté dans le champ de l'opération; mais il eut dans le premier cas de grandes difficultés à obtenir la réunion complète. Il recommande d'opérer les individus jeunes avec anesthésie complète la tête penchée en avant. Chez les malades plus âgés il est préférable que le malade soit assis et non anesthésié. (*Prager med. Wochenschrift*, 42, 43, 1883, et *Deutsche med. Ztg*, N° 4, 1884.)

Déviation de la cloison du nez (*Deflexion of the nasal septum and its treatement*).

Le Dr John Mackensie, pense que ces sortes de lésions sont souvent héréditaires et occasionnent soit des affections de l'oreille par l'irritation du pharynx, soit de l'ozène par rétention des produits secrétés. (*The med. Rec.* N. Y., 15 septembre 1883, et *Transact. of med. soc. Virginia*, 14me session, 1883.)

Résection partielle de la cloison des fosses nasales très déformée (*Partielle Resection der Nasenscheidewand bei hochgradiger Verkrümmung derselben*); par le Dr A. Hartmann.

L'opération n'est indiquée que s'il existe des complications. Si le passage de l'air est libre et s'il n'y a aucun inconvénient pour le malade, on ne doit pas la faire. Hartmann a opéré trois malades. Deux d'entre eux avaient un grand nombre de polypes, l'autre avait des attaques d'épilepsie causées par l'affection du nez. Dans le dernier cas, les convulsions cessèrent après l'opération; quant aux deux autres, il fut facile d'enlever les polypes. Dans ces trois cas, la déformation siégeait sur la partie antérieure de la cloison, et non-seulement sur la portion osseuse, mais encore sur la partie cartilagineuse. Les malades furent tous les trois anesthésiés par le chloroforme et opérés à l'aide de l'éclairage. L'opération, dans les deux premiers cas, donna lieu à une hémorrhagie considérable et pour cette cause dura fort longtemps.

Dans le premier cas, la muqueuse fut détachée et les parties sous-jacentes qui faisaient saillie furent nivelées

avec des ciseaux et des pinces à pansement. Les deux autres cas furent opérés sans ménager la muqueuse, ce qui n'empêcha pas d'obtenir un résultat favorable. (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 52, 1882, et *Deutsche med. Ztg*, n° 4, 1884.)

L. L.

De la résection subpérichondrique de la cloison cartilagineuse des fosses nasales (*Ueber subperichondrale Resection der knorpeligen Nasenscheidewand*); par le Dr Petersen, prof. à Kiel.

A l'encontre de Jurasz, Petersen recommande pour l'opération des déformations de la cloison des fosses nasales la méthode suivante, d'après laquelle il a traité trois cas avec succès. Le malade étant anesthésiée et la narine tenue très ouverte à l'aide de petits crochets, on fait du côté convexe de la cloison, avec un couteau à lame très étroite, une coupe verticale aussi en arrière que possible et intéressant en haut toute la partie du nez qu'on veut réséquer. On fait alors d'arrière en avant une coupe horizontale correspondant au bord inférieur du cartilage de la cloison, puis une dernière coupe verticale correspondant à la partie antérieure de la narine. On a ainsi circonscrit un lambeau ayant la forme suivante :

|_____|

Les coupes comprennent tous les tissus situés au-dessus du cartilage. La compression entre le pouce et l'index, quelques instants prolongée, suffit pour arrêter l'hémorrhagie.

On détache alors avec un élévatoire la couche de muqueuse; on coupe le bord inférieur du cartilage, et à travers l'orifice ainsi obtenu on détache la muqueuse opposée. Cela fait, on résèque avec des ciseaux le cartilage détaché des deux côtés, et on coud aux angles le lambeau. On saupoudre la plaie d'iodoforme et d'alun, et on continue ce pansement jusqu'à complète cicatrisation. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 22, 1883, et *Deutsche med. Ztg.*, n° 4, 1884.)

L. L.

Sur un cas d'affection partielle du labyrinthe à la suite des oreillons (*Ein Fall von partieller Labyrinthe affection nach Mumps*); par le Dr Moos, professeur à Heidelberg.

Dans ces dernières années seulement, fait remarquer le Dr Moos, on trouve dans la littérature médicale des obser-

vations de troubles de l'ouïe consécutifs à des oreillons. Toynbee, Buck, Roosa, Burnett, Brunner, Knapp, Calmettes, Moure, Seitz, Bürkner, Seligsohn et lui-même, ont cité des cas de cette complication. Les observations les plus récentes sont dues à Lemoine et Lannois, à Haslon et à l'auteur lui-même, et au point de vue de la genèse ces dernières sont de toutes les plus importantes.

Dans le cas de Lemoine et Lannois, il existait déjà, quatre jours avant, du gonflement de la face et de violentes douleurs localisées surtout au fond des oreilles; la surdité, tout d'abord considérable, devint bientôt complète. Dans le cas de Haslon, un jour après le gonflement parotidien survint une surdité complète du même côté, et dans le cas de Moos il s'agit d'un garçon de treize ans chez lequel l'ouïe était abolie à gauche depuis l'âge de quatre ans et très amoindrie à droite.

Dès le début des oreillons, la surdité de l'oreille droite s'accrut, et quatre ou cinq jours après il n'entendait plus la parole. A l'examen fonctionnel, à droite, la perception crânienne à la montre et pour les diapasons (c, c') existait, mais non pour le diapason *a*. Ce qui démontre que les fibres nerveuses situées auprès de la fenêtre ronde qui sont les fibres chargées de transmettre les sons élevés, étaient lésées, tandis que celles chargées de transmettre les sons les plus graves et qui se trouvent dans les circonvolutions supérieures du limaçon, fonctionnaient encore. Dans ces trois cas on voit apparaître l'affection du labyrinthe au début des oreillons.

Aussi Moos ne croit pas devoir accorder à l'affection labyrinthique une origine métastatique, mais accepter avec Lemoine et Lannois l'opinion de Colin (hôpital Val-de-Grâce), d'après lequel les oreillons seraient une affection générale qui n'a pas des complications, mais qui d'ordinaire a des manifestations habituellement locales telles que : le gonflement des parotides, l'orchite, la prostatite, la mammite, l'ovarite, la néphrite, les affections du cerveau, des yeux et aussi des oreilles, et dont le substratum anatomo-pathologique consisterait en une exsudation. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1884.)

L. L.

3me CONGRÈS OTOLOGIQUE INTERNATIONAL

Qui se tiendra à Bâle du 1er au 4 Septembre 1884

MONSIEUR ET HONORÉ CONFRÈRE,

Après le premier congrès otologique international qui a eu lieu à New-York en 1876, le deuxième a tenu ses séances à Milan, du 6 au 9 septembre 1880. Pendant cette dernière réunion, il fut décidé à l'unanimité, sur la proposition de M. le professeur *Politzer*, que le **troisième Congrès aurait lieu à Bâle au commencement du mois de septembre 1834.** En même temps, on procéda à la nomination d'un comité organisateur dont on nomma membres MM. *Burckardt-Mérian* (président), *Hartmann*, *Löwenberg*, *Menière*, *Politzer* et *Sapolini*. Ce comité fut autorisé à s'adjoindre d'autres savants.

La première réunion du comité organisateur eut lieu à Paris, le 18 mars 1883. Il y fut décidé de fixer la date du congrès du 1er au 4 septembre 1884. Cette époque parut convenir le mieux, attendu que le congrès international des sciences médicales tiendra ses assises à Copenhague du 10 au 16 août 1884, et que le comité croit pouvoir supposer qu'une partie des confrères spéciaux venus d'Amérique et d'autres contrées éloignées pour se rendre à Bâle voudront, auparavant, assister à la réunion de Copenhague, ce qui leur sera possible par suite de la fixation du congrès otologique à l'époque sus-indiquée.

Le comité s'est adjoint MM. *Dalby* et *Urban Pritchard*, de Londres, M. *Blake*, de Boston, et M. *Roosa*, de New-York, qui tous ont accepté.

Les soussignés ont l'honneur d'inviter cordialement tous les confrères en-deçà et au-delà de l'Océan à participer au congrès de Bâle, dont le but est de faire progresser notre science par l'échange des idées et de rapprocher les uns des autres les spécialistes en les mettant en rapports personnels.

On est prié de faire connaître, jusqu'au 15 mai 1884, les sujets sur lesquels on désire faire des communications. En dehors de celles-ci et des discussions, il est très désirable qu'il soit fait des démonstrations d'instruments et de préparations macroscopiques et microscopiques.

Les confrères désireux d'assister au congrès sans avoir l'intention d'annoncer des communications, sont priés de faire savoir leur intention à cet égard afin de permettre au comité de connaître à temps le nombre probable de visiteurs.

Au commencement de juin 1884, le programme détaillé du congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les confrères qui auront manifesté l'intention de prendre part au congrès.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, les salutations cordiales du Comité organisateur du troisième congrès otologique international :

ALB. BURCKHARDT-MÉRIAN, à Bâle, président.
C. J. BLAKE, à Boston.
W. B. DALBY, à Londres.
A. HARTMANN, à Berlin.
B. LOWENBERG, à Paris.
E. MENIÈRE, à Paris.
A. POLITZER, à Vienne.
URBAN PRITCHARD, à Londres.
ST. J. ROOSA, à New-York.
G. SAPOLINI, à Milan.

Toutes les communications concernant le congrès doivent être adressées à M. le Dr Burkhardt-Mérian, à Bâle.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Boucher. — Abcès rétro-pharyngien d'origine traumatique (*Arch. Ital. di Laringol.*, 15 Janvier 1884, n° 3).

Masini. — De la guérisou de quelques maladies pharyngo-laryngiennes (*Arch. Ital. di Laringol.*, 15 Janvier 1884, n° 3).

Stokes (William, — Contribution à l'étude de la pathologie chirurgicale des joues, de la langue et du voile du palais (*The Dublin Journ. of. Med. Sc.*, 1er Novembre 1883).

Nez.

Creswell Baber. — Remarques sur l'inspection de la cavité nasale (*Med. Times and Gaz.*, 26 Janvier 1884).

Legat (E.). — Des sinus nasaux et du conduit naso-lacrymal des vertébrés amniotiques. Institut anatomique de Breslau (*Morpholog. Fahrb.*, Bd VIII, 1882, *Forbschr. d. Med.*, 1883, n° 5).

Vincenzo Cozzolino. — Mixo-fibromes multiples du vestibule des fosses nasales (*Arch. Ital. di Laringol.*, 15 Janvier 1884, n° 3).

Larynx.

Gouguenheim. — Aphonie nerveuse chez un tuberculeux. Ecartement permanent des cordes vocales inférieures. (*Annales des mal. de l'or. et du lar.*, n° 5, 1883).

Gouguenheim. — Aphonie nerveuse chez un tuberculeux. (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 5, 1883).

Pillot. — Ataxie locomotrice progressive, troubles fonctionnels de la voix, accès de suffocation, mort dans le marasme (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 5, 1883).

Wadham. — Anévrysme de la carotide primitive gauche occasionnant un accès mortel de spasme de la glotte; absence complète de signes sthétoscopiques; autopsie (*The Lancet*, 9 Février 1884).

Trachée.

Caputi. — Sur un cas de trachéosténose. (*Arch. Ital. di Laringol.*, 15 Janvier 1884, n° 3).

Schmitz (O.), à Dortmund. — La trachéotomie ou le tubage de la trachée du nouveau-né asphyxié (*Deutsche medicinal Ztg.*, n° 27, 1883).

Oreilles.

Dalby. — Du résultat de l'inflammation de l'oreille moyenne (*The Lancet*, 19 Janvier 1884).

Eitelberg. — De la température du conduit auditif externe (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, 16 Novembre 1883).

Emerson. — De l'examen de l'oreille à l'aide du diapason (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, 16 Novembre 1883).

Hedinger. — Contributien à l'étude de la pathologie et de l'anatomie pathologique de l'oreille (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, 16 Novembre 1883).

Jacquemart. — Rapport sur les causes de la surdi-mutité, et les moyens d'en diminuer la fréquence (*Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, n° 5, 1883).

Jegu. — De la syphilis de l'oreille (*Thèse Paris*, 1884).

Knapp. — Trois cas d'affections graves de l'apophyse mastoïde avec quelques remarques (*Zeitsch f. Ohrenh.*, 16 Novembre 1883).

KRAKAUER. — De l'examen des oreilles (*Deutsche Mediz. Zeit.*, nos 8 et 9, 28 et 31 Janvier 1884).

LANGE (Victor). — Otite moyenne suppurée aiguë (*Bidrac til læren om den acute suppurative Betændelse i Mellemoret*, Copenhague, 1884).

MOPURGO. — Contribution à l'étude de l'otite moyenne suppurée qui accompagne la tuberculose (*Bollett. delle malat. dell' Orech*, etc., n° 6, 1er Novembre 1883).

PUJOL. — De l'influence des maladies du nez et du pharynx sur la production des maladies de l'oreille moyenne (Thèse Paris, Février 1884).

SUGNÉ et MOLIT. — De l'otorrhée en général (*Anales des Otol. y Lar.*, n° 9, Septembre 1883).

TEILDEN BROWN. — Un cas d'abcès de l'apophyse mastoïde accompagné de perte de la sensibilité, de gonflement et de chaleur au niveau des téguments de la partie atteinte. Douleurs au niveau de la protubérance occipitale, trépanation, guérison. Erysipèle pendant la convalescence. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, 16 Novembre 1883).

Varia.

ASTLEY-GRESNWELL. — Du traitement consécutif à la trachéotomie (*The Lancet*, 19 Janvier 1884).

COZZOLINO (Vincenzo). — Les scarifications, le raclage, le thermo-cautère et la galvano-caustie dans les maladies de la peau, du nez, de l'oreille et de la muqueuse naso-pharyngienne (Etude historique). (*Giorn. di Clinica e. terap.*, Janvier 1884., fasc I).

FREUND. — Relations de la glande thyroïde avec les organes sexuels de la femme (*Deutsche Zeitschrifs für Chirurgie*, Bd XVIII, p. 213).

GENDRON. — Kyste suppuré du corps thyroïde, accès de suffocation, thyréoïdectomie, guérison (*Annales des mal. de l'or. et du larynx*, n° 3, Juillet 1883).

O. HEUBNER. — La diphtérie experimentale. (Mémoire couronné). (*Leipsig, Veit et Ce*, 1883, et *Centrabl. für Chir.*, n° 42, 1883).

HEUSCHEEL. — Cancer de l'œsophage (*Philadelph. Med. Times*, 1er Décembre 1883).

HILLER. — Traitement de la diphtérie avec le brome (*Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 22, 1883).

KNAPP (H). — Exostose de l'ethmoïde (*Philadelph. Med. Times*, 1er Décembre 1883).

KOSTEWEG (J.-A.). — Le croup en Hollande (*Nederlandsch Fijschwift voor Geneeskunde* 1882, et *Centralbl. f. chir.*, n° 42, 1883).

LELOIR. — Note sur l'anatomie pathologique et la nature du psoriasis lingual (*Progr. méd.*, 15 Décembre 1883).

MORELLI. — Epithélioma et syphilis de la langue (*Rivista clinica e terapeut.* 6me année, n° 2, 1884).

RENOU. — Application de la méthode antiseptique au croup et à l'angine couenneuse (*Gaz. des Hôp.*, 9 février 1884).

STOKER. — Un cas de langue noire (*The Lancet*, 9 Février 1884, p. 253).

WORTHINGTON. — Un cas de goitre congénital guéri à l'aide d'une simple application de bi-iodure de mercure (*The Med. Rec.*, N.-York, 29 Décembre 1883).

WYETH. — Extirpation d'une glande thyroïde hypertrophiée par la ligature élastique (*Philadelphia med. Times*, 29 Décembre 1883, p. 262).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

5e Année. N° 4. 1er Avril 1884.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude sur les fluxions de la muqueuse laryngée;

par le Dr Joal (1).

Passons maintenant à l'étude des symptômes de la fluxion qui ne sont pas fournis par l'examen laryngoscopique; parlons des signes objectifs qui consistent en sensations diverses au voisinage de la glotte, en toux, en altérations de la voix.

Les sensations éprouvées par le malade sont plutôt désagréables et pénibles que douloureuses. Il y a, en arrière du cartilage thyroïde, de la gêne, de la sécheresse, ou bien des chatouillements, des picotements; parfois, dans les cas d'une certaine intensité, c'est de la chaleur, de la cuisson que le malade accuse, surtout

(1) *Suite et fin.* — Voir le no 3. — Mars 1884.

lorsqu'il fait de grandes inspirations. L'air qui parait très froid vient alors impressionner vivement la muqueuse, dont la sensibilité a été exaltée par le mouvement congestif, entraînant avec lui une élévation de la température locale. Chez certains sujets, les arthritiques névropathes principalement, la sensation peut être semblable à celle d'un corps étranger, et alors, bien que la gorge soit indemne, on observe une petite toux sèche, un besoin incessant de *hemmer*, comme dans certaines formes de pharyngite.

Ces sentiments de sécheresse, d'ardeur, augmentent, en général, lorsque le malade vient de parler ou de chanter, soit à cause de l'arrivée directe et plus grande de l'air, soit à cause de l'afflux sanguin devenu plus considérable à la suite du travail de l'organe. Ordinairement, les mouvements du larynx qui accompagnent l'acte de la déglutition ne sont pas douloureux, comme cela se voit dans la laryngite aiguë.

La toux est un phénomène qui n'est pas constant; elle peut faire défaut dans les cas légers où la muqueuse laryngée a sa sensibilité réflexe faiblement excitée; dans des formes partielles, lorsque l'hyperémie est limitée à l'épiglotte et aux replis aryténo-épiglottiques, ou bien aux cordes vocales inférieures, ce symptôme peut manquer; au contraire, elle est fréquente et quinteuse lorsque la fluxion est générale avec prédominance à la commissure postérieure, à la région aryténoïdienne.

La toux est toujours sèche; elle n'est jamais suivie d'expectoration. Elle n'est pas provoquée par la présence de mucosités à l'intérieur du larynx, comme aux périodes avancées de l'affection catarrhale; elle est due à la seule irritation de la muqueuse hyperémiée et devenue plus sensible. C'est ordinairement le contact de l'air froid qui détermine l'excitation de la membrane. L'impression est transmise au bulbe rachidien par les filets terminaux du pneumogastrique; le centre bulbaire réagit, par l'intermédiaire des filets moteurs appartenant aux nerfs qui y prennent leur origine, sur les muscles de la respiration, pour produire la secousse expiratoire. La toux est parfois brève, petite, et se borne à un *hem* plus ou moins fréquent; d'autres fois elle se manifeste par accès

bruyants; son timbre est rauque, grave; il y a alors des modifications analogues dans le timbre de la voix. Quoi qu'il en soit, ce symptôme se montre surtout pendant les premières heures de la fluxion, alors que la muqueuse, dont la sensibilité vient d'être augmentée, n'a pas encore eu le temps de s'habituer à l'action des causes excitantes. Il est même à remarquer que la congestion laryngée ne commence à entrer en décroissance que lorsque la toux a disparu, ou du moins notablement diminué, car les violentes secousses expiratoires ont des effets analogues à ceux des efforts vocaux; elles favorisent l'afflux du sang au larynx, et entretiennent, dans le cas actuel, l'hyperémie préexistante.

A intensité égale des phénomènes congestifs, la toux survient plus facilement, elle est plus fréquente, plus énergique, chez les personnes d'un tempérament nerveux, chez les femmes hystériques, chez les arthritiques névropathes; nous pensons même que chez ces malades les mouvements fluxionnaires seraient parfois insignifiants et passeraient inaperçus, si la toux ne se mettait de la partie, ne venait accentuer les troubles hyperémiques et ne se trouvait ainsi être, en réalité, la principale cause de la congestion laryngée; on devra donc conseiller à ces personnes, avant tout, les préparations d'opium, de bromure de potassium.

Des troubles de la voix s'observent dans la grande majorité des cas de fluxion laryngée; l'enrouement est assurément le symptôme le moins inconstant de la congestion; il arrive que l'hyperémie est révélée par ce seul signe; lorsqu'il n'y a pas de sensations anormales à la glotte, pas de toux, ce sont les modifications survenues dans la phonation qui font soupçonner la fluxion, reconnue ensuite au moyen du laryngoscope. Toutefois, nous admettons très bien que des phénomènes congestifs, passant alors le plus souvent inaperçus, peuvent se produire du côté du larynx sans donner lieu à des altérations de la voix; cette manière de voir est basée sur ce fait qu'à différentes reprises nous avons observé des individus dont la voix parlée n'avait subi aucun changement, et qui présentaient une muqueuse laryngée injectée et épaissie des cordes vocales rougeâtres, flasques,

ratatinées, et cela par suite de catarrhe chronique. Chez les artistes, au contraire, à cause des modifications plus appréciables dans la voix chantée, il est bien difficile de ne pas reconnaître les poussées congestives un peu caractérisées.

Les troubles de la voix portent sur son intensité, son timbre, sa tonalité.

Les sons ne sont pas émis avec autant de force, le jeu des organes phonateurs est affaibli, la voix est moins puissante, elle a perdu de son ampleur, elle offre moins de sonorité, elle ne porte plus aussi loin.

Le timbre est presque toujours altéré, parfois il n'y a qu'un défaut de pureté les sons ne sont plus aussi clairs, aussi limpides, ils sortent sombres et légèrement voilés; la voix est dure, elle n'a plus autant de velouté, elle est inégale, aigre, criarde; l'enrouement, souvent peu prononcé, peut être très marqué et aller jusqu'à la raucité.

La tonalité est en général modifiée d'une façon assez sensible; d'habitude le ton s'abaisse, la voix devient plus grave; le malade donne difficilement les notes élevées de son registre, tandis qu'il émet plus aisément les notes basses.

Ces entraves à l'émission normale des sons résultent des troubles circulatoires survenus dans la muqueuse laryngée; l'état congestif, en jetant une perturbation dans la sensibilité de la membrane, en amenant son épaississement, empêche les rubans vocaux de vibrer dans des conditions régulières. La tension des cordes est plus faible, le nombre des vibrations a diminué; dès lors la hauteur du son est abaissée. Les vascularisations, les dilatations capillaires se montrant à la surface de la muqueuse, constituent des nœuds de vibrations qui transforment le timbre de la voix.

C'est surtout lorsque l'hyperémie occupe les ligaments thyro-aryténoïdiens inférieurs que se manifeste l'enrouement. « Sur les cordes vocales, dit M. Krishaber, il convient de faire remarquer que si peu marquée que soit la rougeur, elle suffit pour entraver les fonctions vocales de la glotte. » Mais nous avons déjà vu qu'il n'y avait pas à ce sujet de règle absolue, et que, malgré la susceptibilité extrême de la muqueuse glottique, des lésions

inflammatoires pouvaient exister sur les cordes vocales, sans déterminer de troubles dans la phonation.

Les rubans vocaux étant dans une intégrité parfaite, des altérations de la voix se produisent si l'hyperémie a envahi les autres parties du larynx, les bandes ventriculaires, la commissure postérieure; la muqueuse congestionnée, épaissie, empêche le jeu régulier des organes vocaux ; les aryténoïdes ne peuvent exécuter librement leurs mouvements; il y a un obstacle, de la gêne qui nuit à la tension complète, au rapprochement des cordes vocales vibrant dans de mauvaises conditions. De là, les altérations dans le timbre et la hauteur des sons.

Dans la fluxion laryngée, les troubles de la voix doivent parfois être rattachés à des paralysies passagères des muscles qui concourent à la phonation; nous avons déjà parlé de l'akinésie des thyro-aryténoïdiens internes; elle donne lieu à de l'enrouement, à de la dysphonie; les notes sont criardes, discordantes; les sons sont voilés, couverts, mais la voix n'est jamais tout à fait éteinte; il n'y a pas d'aphonie complète.

Dans la paralysie des muscles constricteurs, la perte de la voix peut, au contraire, être absolue; mais le fait n'est pas très commun, car il est assez rare de voir les phénomènes congestifs accompagnés d'akinésie des crico-aryténoïdiens latéraux et de l'ary-aryténoïdien; nous avons cependant rencontré trois cas de ce genre. Voici une de ces observations.

Observation III

Mme X..., âgée de vingt-quatre ans, femme nerveuse, impressionnable, de tempérament lymphatique avec troubles utérins, est employée dans un grand magasin de nouveautés; elle vient à la clinique de la rue Guenégaud en décembre 1881. Elle se plaint d'enrouements passagers qui reviennent trois, quatre fois pendant la mauvaise saison, et qui l'empêchent de se livrer à ses occupations pendant deux ou trois jours à chaque atteinte. La dernière apparition des accidents remonte à une semaine. Le larynx est examiné par le Dr Ch. Fauvel : il est à peu près normal; pas de traces d'inflammation ancienne; les cordes vocales sont blanches et nacrées; la muqueuse

laryngée paraît cependant un peu pâle et décolorée; léger degré d'anémie.

Le Dr Fauvel nous prie d'interroger la malade et de l'ausculter avec soin, afin de savoir si l'on ne se trouve pas en présence de phénomènes laryngés liés à une tuberculose pulmonaire commençante. Nos investigations restent sans résultats à ce point de vue; mais des renseignements que nous fournit le sujet, nous concluons que nous pourrions bien avoir affaire à des fluxions laryngées. Nous engageons donc la malade à venir nous consulter aussitôt que l'affection reparaîtra.

Le 16 février, nous revoyons Mme X...; elle est complètement aphone. Elle nous dit que la veille elle est allée au théâtre; qu'il y faisait très chaud, qu'elle a eu « le sang à la tête » pendant toute la soirée. En sortant de la représentation, elle a pris un omnibus pour rentrer chez elle; s'y trouvant dans un courant d'air, elle a eu froid et a senti de légers frissons.

Malgré de grandes précautions prises pour se réchauffer en se mettant au lit, elle a passé une mauvaise nuit : agitation, sensation de chaleur, de picotements en arrière du cartilage thyroïde, toux sèche, petite, fréquente, venant quelquefois par quintes; la malade s'endort vers les cinq heures du matin; en se réveillant, elle ne peut plus émettre un son; il y a perte absolue de la voix.

Mme X... vient aussitôt nous trouver; nous pratiquons l'examen laryngoscopique. Le pharynx est normal; quelques vascularisations sur l'épiglotte devenue rosée vers ses bords; rougeur des replis ary-épiglottiques; léger gonflement et injection marquée de la commissure postérieure de la muqueuse aryténoïdienne; les bandes ventriculaires sont aussi le siège d'une coloration prononcée, formant contraste avec la pâleur autrefois constatée à ce niveau. Les cordes vocales inférieures ont une teinte légèrement rosée; elles ne paraissent pas augmentées de volume. Quand le sujet prononce la voyelle *e*, les deux cordes vocales ne se rapprochent pas; pendant les efforts de phonation, elles laissent entre elles un espace triangulaire; les cartilages aryténoïdes sont immobiles; il y a paralysie bilatérale des muscles constricteurs, crico-aryténoïdien latéral, ary-aryténoïdien, et probablement aussi du tenseur interne, le thyro-aryténoïdien.

Nous conseillons à la malade de l'inhalo-pulvérisation avec une solution astringente, des compresses mouillées autour du cou et un purgatif salin; la prescription fut exactement suivie.

Nous avions dit, en outre, à Mme X... qu'il serait peut-être nécessaire d'employer l'électricité; mais il n'est pas besoin d'avoir recours à ce moyen pour obtenir la guérison. Le lendemain, la malade vient nous revoir; il n'y a plus de toux, plus de sensation de cuisson et de chaleur au cou; les phénomènes congestifs ont disparu : plus de rougeur, plus de gonflement. Les cordes vocales sont blanches; toutefois elles sont encore un peu molles et ne se rapprochent pas parfaitement pendant la phonation; la voix est encore enrouée; mais ces derniers troubles, d'ordre nerveux, ne tardent pas eux-mêmes à disparaître; le jour suivant, nous examinons de nouveau le larynx : les cordes fonctionnent parfaitement. La voix est bonne.

Le fait suivant, qui nous a été communiqué par notre ami M. le Dr Coupard, est aussi un exemple de fluxion laryngée avec parésie des muscles constricteurs et du tenseur interne.

Observation IV

M. X..., artiste lyrique, âgé de trente-huit ans, jouit d'une santé générale qui est excellente; il n'a jamais fait de maladie; pas de rhumatisme, pas d'éruption cutanée.

Il a une assez belle voix de baryton; par le fait d'études mal dirigées, ou de fatigues excessives, la voix a perdu de sa souplesse et de son étendue; elle n'offre plus autant de résistance aux efforts de longue durée; le timbre est toujours très agréable; X... chante l'opérette. Le larynx est normal; les troubles ci-dessus sont probablement dus à de l'asynergie vocale. Il n'y a pas d'enrouement

L'hiver dernier, le sujet venait de chanter au théâtre, et sa voix avait été excellente, lorsqu'il prit un refroidissement et sentit de petits frissons. La nuit fut bonne, pas de fièvre, pas de quintes de toux; mais le lendemain matin, X... se réveille avec une aphonie presque complète.

Il va trouver dans la journée le Dr Coupard; le pharynx n'est pas plus rouge que d'ordinaire; quelques capillaires dilatés parcourent la face supérieure de l'épiglotte; la mu-

queuse qui recouvre la région aryténoïdienne, la commissure postérieure, les bandes ventriculaires, sont rouges et gonflées, surtout au vestibule du larynx. Les cordes vocales inférieures, un peu rosées sur leurs bords libres, sont molles et détendues; elles ont en dedans une direction légèrement concave; pendant la phonation elles ne se rapprochent pas de la ligne médiane; on voit en outre que les cartilages aryténoïdes sont immobiles.

C'est une parésie des muscles crico-aryténoïdiens latéraux, aryténoïdien propre, thyro-aryténoïdiens internes, accompagnant une fluxion laryngée; car le lendemain, après avoir fait usage d'un potion à l'aconit et pris un bain de vapeur, la voix était revenue; les cordes vocales se réunissaient et se tendaient bien pendant la phonation, les phénomènes congestifs avaient disparu, c'est à peine si au début de la conversation il y avait encore un peu de raucité de la voix, disparaissant au bout de quelques instants. L'amélioration fut si grande et si rapide que le soir même le malade put chanter au théâtre.

Le lendemain, c'est-à-dire le troisième jour après l'apparition des accidents, il n'y avait plus la moindre trace de l'affection.

L'aphonie peut aussi dépendre d'une paralysie unilatérale des adducteurs; mais le plus souvent cette akinésie détermine seulement de l'enrouement, de la raucité. La voix est aigre, criarde, dysphone; mais elle n'est pas complètement abolie.

Nous en aurions fini avec la symptomatologie de la fluxion laryngée, aiguë, active et primitive, si nous n'avions à ajouter que dans certains cas les phénomènes congestifs provoquent de véritables accès de suffocation. Sous l'influence d'un simple mouvement fluxionnaire, il peut survenir chez les jeunes sujets toute la série des accidents dyspnéiques connus des anciens auteurs sous le nom de *faux croup*. La convulsion tonique des muscles constricteurs et tenseurs de la glotte peut avoir pour origine un travail congestif. Dans l'affection que nous étudions s'observent, comme dans la laryngite catarrhale, les phénomènes striduleux signalés chez les enfants; il n'est pas besoin de troubles inflammatoires pour donner lieu aux contractions spasmodiques des

muscles laryngés : il suffit pour cela de poussées congestives.

Par le fait de la fluxion laryngée et de l'irritation consécutive ressentie par la muqueuse vocale, il se produit une convulsion réflexe des muscles sous-jacents, qui aboutit à une occlusion spasmodique et passagère de la glotte ; le réflexe survient d'autant plus facilement, que la sensibilité générale du malade est plus grande, que les phénomènes de la respiration sont plus profondément modifiés. Aussi voit-on ces accès de suffocation apparaître principalement chez les enfants, qui sont plus impressionnables que les grandes personnes ; de plus, comme le calibre du conduit vocal est chez eux relativement moindre, comme pendant le sommeil, la respiration se ralentit et s'affaiblit, il en résulte que les accidents dyspnéiques devront se manifester surtout pendant la nuit. C'est en effet ce qui ressort de l'observation des faits.

Nous n'avons pas besoin de faire ici la description des accès de suffocation qui peuvent se montrer chez les enfants atteints de fluxion laryngée ; les symptômes ne diffèrent que par leur intensité de ceux indiqués par les auteurs qui ont étudié la laryngite striduleuse. Trousseau, dans ses *Leçons cliniques*, en a fait un tableau magistral. Nous nous contenterons de rapporter les deux cas de ce genre qu'il nous a été donné d'observer ; ils montrent bien que les troubles spasmodiques du larynx étaient dus à de simples mouvements fluxionnaires.

Observation V

En juillet 1881, Mme R..., qui suit une cure au Mont-Dore, nous conduit sa fille âgée de onze ans. L'enfant jouit d'une bonne santé ; elle ne tousse ni ne crache pas, elle ne fait pas de traitement thermal. Tempérament lymphatico-nerveux ; la mère a du catarrhe bronchique et de l'emphysème.

La fillette se plaint de gêne et de sécheresse au cou ; elle est enrouée, la voix est grave et criarde ; toux venant peu fréquente, mais quinteuse ; c'est au réveil de l'enfant que ces signes se sont manifestés ; la veille dans une promenade elle avait eu les pieds mouillés. Pas de fièvre, pas de courbature,

pas de symptômes généraux. Rien à l'auscultation et à la percussion de la poitrine.

Le pharynx nous paraît normal.

Au laryngoscope nous voyons la muqueuse vocale un peu teintée, quelques stries sur les cordes inférieures; les bandes ventriculaires sont légèrement épaissies.

Nous prescrivons : potion à l'aconit, inhalations et pulvérisations astringentes, purgatif, sinapismes aux jambes.

Au milieu de la nuit l'on vient nous chercher à la hâte : l'enfant étouffe.

La petite malade s'est couchée sans que la mère se soit aperçue d'une aggravation dans son état. Après deux heures environ de sommeil elle s'est réveillée en sursaut, elle est agitée, elle pleure; elle ne peut rester étendue dans le lit, la respiration est difficile et anxieuse; il y a un véritable accès d'oppression; la toux survient, par intervalles, rauque et quinteuse; la mère nous dit avoir entendu un sifflement lorsque la crise était la plus forte. Ces symptômes se sont bien amendés lorsque nous arrivons auprès de la malade, qui est encore cependant un peu haletante et anxieuse; les accidents disparaissent peu à peu, et au bout d'une d'heure l'enfant se rendort; le reste de la nuit se passe bien.

Le lendemain, plus de trace d'oppression, l'enrouement et la toux ont presque disparu.

Le surlendemain, la voix est à peu près normale; la muqueuse vocale a repris sa coloration habituelle, les cordes vocales inférieures sont blanches et nacrées.

Observation VI

Berthe C... est une charmante fillette de sept ans, grande et vigoureuse, qui jouit habituellement d'une bonne santé; la mère est nerveuse, le père est rhumatisant. En janvier 1882, les parents, qui sont nos amis, nous prient d'examiner la gorge de l'enfant; ils ont peur du croup. La veille la petite fille a beaucoup joué, couru, crié; elle s'est aussi probablement refroidie. Nous la trouvons au lit, la peau légèrement en moiteur; le pouls n'est pas trop fréquent; voix enrouée; la tonalité a baissé, toux sèche et sonore, sentiment de chaleur et de cuisson à la gorge.

Nous examinons le pharynx, qui nous paraît être dans les

conditions ordinaires; rien à l'auscultation et à la percussion de la poitrine; puis la fillette, très docile, nous montre bien son larynx; la muqueuse est colorée et semble un peu tuméfiée, les cordes vocales inférieures sont légèrement rosées. Nous rassurons la famille au point de vue du croup, et disons qu'il s'agit probablement d'un rhume ordinaire.

Pendant la nuit, le père tout en émoi vient nous chercher; son enfant, dit-il, a bien le croup; elle étouffe et va mourir. Nous courons auprès de la fillette, que nous trouvons en proie à une dyspnée assez violente. Nous examinons la gorge; plus de fausses membranes. L'enfant, après trois heures de repos, s'est réveillée tout à coup en criant et en pleurant; la petite fille est prise d'oppression. Lorsque nous la voyons, il y a encore un peu de sifflement à l'inspiration; nous constatons un léger degré de tirage sus-sternal; la poitrine est un peu déprimée à la base. Par intervalles, la jeune malade fait entendre une toux rauque et sonore.

D'après le conseil de Krishaber, nous faisons des lotions autour du cou avec une éponge imbibée d'eau chaude et nous donnons à respirer des vapeurs émollientes; les phénomènes s'amendent peu à peu. Au bout d'une heure nous quittons, dans un état assez satisfaisant, la fillette, qui peu après s'endort et ne se réveille pas de la nuit.

Le lendemain matin, plus d'oppression, la malade ne tousse plus; l'enrouement est très léger. L'après-midi nous examinons le larynx, et la muqueuse vocale est revenue à son état normal.

Notre excellent confrère le Dr Suss a observé, pendant son internat à l'hôpital des Enfants, un fait à peu près semblable rapporté dans la thèse de Délas. Il est relatif à de la congestion laryngée ayant déterminé des accidents striduleux. Notons, toutefois, que le diagnostic est incertain puisque l'examen laryngoscopique n'a pas été pratiqué.

§ III

L'étude que nous venons de faire des symptômes de l'hyperémie laryngée nous montre que, suivant les cas, cette affection donne lieu à des phénomènes d'intensité et de durée variables. Dans les formes les plus simples,

il s'agit d'une petite toux sèche et d'un léger enrouement qui se manifestent pendant quelques minutes seulement; dans les formes plus sérieuses les troubles vocaux peuvent aller jusqu'à l'aphonie et persister pendant plus d'une journée entière; mais il est important de faire remarquer que toujours la maladie a une durée essentiellement courte et passagère.

Les modes d'apparition de l'hyperémie laryngée peuvent être rattachés à trois types principaux. Certains individus sont atteints d'une façon tout à fait accidentelle et isolée; la poussée congestive peut se produire une seule fois, ou bien reparaître à intervalles éloignés, une ou deux fois dans l'année. Chez d'autres malades, les fluxions sont successives et répétées; le larynx est envahi trois ou quatre fois dans le mois par le mouvement sanguin; sous l'influence des mêmes causes, l'hyperémie devient plus fréquente et plus caractérisée, puis elle finit par aboutir à la laryngite aiguë d'abord, et à la laryngite chronique ensuite. Enfin une troisième classe de sujets voit les accidents reparaître d'une façon périodique et presque quotidienne. Les phénomènes congestifs se montrent parfois chaque jour pendant une durée d'une heure environ, puis ils disparaissent complètement pour revenir vingt-quatre heures après; ces accès journaliers peuvent se répéter pendant deux ou trois semaines; l'affection prend en quelque sorte le caractère intermittent, sans être cependant justiciable de la quinine.

Nous avons rencontré un bel exemple de cette dernière forme de la maladie chez un officier âgé de cinquante-deux ans, arthritique invétéré. Durant la mauvaise saison, ce malade est fréquemment atteint de poussées congestives qui se portent alternativement vers la muqueuse pituitaire ou vers la muqueuse laryngée. C'est le soir, au moment de se mettre au lit, que surviennent les troubles hyperémiques; le sujet passe ses soirées au cercle, où il parle et fume beaucoup; puis il reçoit l'impression nocive de l'air froid et humide de la rue. En se déshabillant dans sa chambre non chauffée, il se met à tousser par quintes; il a une sensation de sécheresse à la gorge; sa voix est enrouée. Ces phénomènes disparaissent au bout d'une heure environ, sous l'influence de la

chaleur du lit; les mêmes accidents se sont reproduits en janvier 1883, pendant dix-sept jours consécutifs. A une époque voisine, trois semaines après, le malade est pris, dans les mêmes conditions, d'éternuements répétés; chaque soir en rentrant chez lui il se fait une abondante sécrétion de liquide nasal; on croirait au début d'un violent coryza; mais tout cesse après deux ou trois quarts d'heure de durée. Pendant douze jours, l'hyperémie nasale reparaît le soir. Ajoutons que le malade a été atteint, à d'autres reprises différentes, de fluxions laryngée ou nasale, se présentant sous la même forme. Disons aussi qu'au moment de la crise laryngée nous avons pratiqué l'examen laryngoscopique et constaté la congestion de la muqueuse vocale, rouge le soir et blanche pendant la journée.

Dans la grande majorité des cas, l'hyperémie laryngée a pour cause un refroidissement; elle survient à la suite d'une variation brusque de température; elle est déterminée par une transition subite du chaud au froid, ou par un changement en sens inverse. Les effets du froid se font sentir, soit qu'il agisse directement sur la muqueuse vocale, soit qu'il intervienne d'une façon indirecte en impressionnant toute l'enveloppe cutanée, ou bien seulement certaines parties du corps, les pieds et le cou plus particulièrement. C'est surtout le froid humide qui a une influence nocive; les températures glaciales de l'hiver avec un air sec sont moins dangereuses que les temps brumeux de la mauvaise saison.

Nous connaissons des malades qui ne peuvent avoir froid aux pieds, sans qu'aussitôt un afflux sanguin se fasse du côté du larynx, *locus minoris resistentiæ*; chez d'autres sujets, c'est la région du cou qui est sensible et délicate au dernier point; les individus qui ont l'habitude de mettre des foulards, des cache-nez, ont une grande tendance à contracter des fluxions lorsqu'ils négligent de faire usage de ces vêtements spéciaux.

Le mouvement congestif se développe parfois à la suite d'un changement appréciable survenu dans la température du milieu ambiant; l'immersion brusque du corps dans l'eau froide peut déterminer une toux et un enrouement passagers; cet accident, survenu chez une jeune

fille nerveuse qui faisait de l'hydrothérapie, a dû nous faire renoncer à l'emploi de ce procédé thérapeutique; nous n'avons pu triompher de la résistance des parents et de la jeune malade. La transition inverse du froid au chaud peut provoquer l'apparition des mêmes phénomènes, et nous avons vu que le sujet de l'observation I avait éprouvé les premiers symptômes de l'hyperémie laryngée quelques minutes après être entré dans une étuve chauffée avec de la vapeur sèche.

Dans certains cas la poussée congestive se produit soit au théâtre, soit dans un bal; et le fait s'observe principalement chez les enfants et les adolescents; après un court séjour dans ces salles, où la ventilation est insuffisante, les jeunes personnes peuvent éprouver de la toux et des altérations momentanées de la voix. Et ici, à l'action nocive de la chaleur viennent s'ajouter les effets directs sur le larynx de l'air vicié; les miasmes, émanations, produits de combustion, poussières, viennent irriter la muqueuse vocale et déterminer un afflux sanguin vers l'organe excité.

L'aspiration des vapeurs de l'éther, du chloroforme, de l'ammoniaque, et aussi de l'hydrogène sulfuré, du gaz à éclairage, est une cause fréquente de fluxion laryngée; mais de tous les agents qui interviennent par contact direct sur la muqueuse, c'est assurément la fumée de tabac qui provoque le plus communément les troubles congestifs du larynx; chez les personnes qui débutent, les jeunes gens, les femmes, il suffira parfois d'une ou deux cigarettes pour attirer le sang vers le conduit vocal; il faudra, au contraire, que les vieux fumeurs fassent un véritable abus du tabac pour irriter leur organe endurci, et la chose est loin d'être rare.

Une atmosphère chargée de poussières amènera aussi des phénomènes hyperémiques; et il est des gens qui dans certaines localités sont condamnés à ne pas sortir de leurs habitations, par les jours de grand vent, sous peine de contracter une fluxion laryngée.

A côté du froid et de l'usage du tabac, il faut placer, comme jouant un rôle important, dans la genèse de la congestion laryngée, l'exercice immodéré de la parole ou du chant; les fatigues de l'appareil vocal se traduisent

le plus souvent par un afflux sanguin dans l'organe surmené; les malades se trouveront donc dans les conditions les plus fâcheuses, lorsqu'ils se refroidiront après avoir longtemps parlé et beaucoup fumé.

Les efforts vocaux qui se répètent si fréquemment dans certaines professions expliquent pourquoi les fluxions du larynx sont si communes chez les chanteurs, les avocats, les prédicateurs, les professeurs, les crieurs à la halle, etc. En effet, les artistes lyriques et dramatiques, les membres du barreau, du clergé, du corps enseignant, les crieurs publics, sont à chaque instant atteints de congestion laryngée. C'est sur ces sujets qu'il est facile et aisé d'étudier l'affection dont nous nous occupons; elle a ordinairement fait de très nombreuses apparitions avant le début des laryngites aiguës et de la forme chronique; les troubles laryngés produits par l'excès du travail sont d'abord de nature hyperémique; ce n'est que plus tard, par la persistance des causes perturbatrices, qu'ils aboutissent à l'inflammation aiguë d'abord, chronique ensuite.

Que l'effort vocal soit violent et rapide ou bien modéré et prolongé, le résultat ne variera pas beaucoup au point de vue étiologique des fluxions laryngées. Nous avons observé un cas de congestion déterminée par des cris désespérés, un appel au secours dans un incendie; nous avons vu deux fois le mouvement sanguin s'opérer à la snite de tapage et vociférations dans les rumeurs publiqués; de même nous avons constaté l'hyperémie chez des avocats et des professeurs qui, sans parler trop fort, fatiguaient leur organe par la trop grande durée de l'exercice vocal. A ce propos, nous avons en mains deux observations qui nous ont été communiquées par notre ami le Dr Jenty. Notre savant confrère a pu, à différentes reprises, reconnaître les signes de la congestion laryngée chez deux officiers supérieurs, professeurs à l'École de Guerre; l'enrouement, la toux, se manifestaient à la fin des leçons, alors que les malades, tout en ménageant leur voix, avaient dû parler pendant plus d'une heure. Notre confrère a pratiqué plusieurs fois l'examen laryngoscopique, et il a noté que les symptômes objectifs et subjectifs se dissipaient au bout de quelques heures.

Chez les artistes lyriques, les fluxions laryngées tiennent aussi pour une grande part aux exercices immodérés de la voix; mais il faut en outre faire intervenir l'absence ou l'insuffisance de la méthode, et surtout l'émission habituelle de sons en dehors du registre ordinaire de la voix. En un mot, les artistes exposés aux congestions ne sont pas tant ceux qui chantent beaucoup que ceux qui, ne sachant pas conduire leur voix, éprouvent une plus grande fatigue; il est également fort préjudiciable de chercher à modifier le registre de la voix; rien n'est plus nuisible, par exemple, que de vouloir chanter les ténors, lorsque la conformation du larynx et des cordes vocales est celle du baryton. Nous pourrions citer plusieurs exemples d'artistes distingués qui ont perdu prématurément des voix magnifiques, pour avoir tenu au théâtre des emplois pour lesquels la nature ne les avait pas doués. L'on ne fait pas impunément des tours de force.

Nous avons remarqué que les fluxions laryngées sont moins fréquentes chez les artistes du sexe féminin que chez les chanteurs. Parmi les cantatrices, celles qui ont une voix de contralto sont plus facilement impressionnables. Entre les chanteurs, les ténors ont de beaucoup l'organe le plus délicat; dans la seule année 1882, nous avons constaté avec notre excellent maître, le Dr Ch. Fauvel, des congestions du larynx chez trois éminents artistes de l'Académie nationale de musique, tous trois chantant les premiers ténors.

Signalons, en outre, les relations étiologiques qui rapprochent l'hyperémie laryngée de certains phénomènes pathologiques et physiologiques se passant du côté des organes génitaux. Nous ne pouvons affirmer qu'il s'agit ici de causes vraiment occasionnelles et déterminantes; mais nous n'hésitons pas à déclarer que l'on se trouve tout au moins en face de conditions prédisposantes. Les rapports sexuels trop fréquents, les excès vénériens de toute sorte, sont parfois accompagnés de troubles laryngés. L'on conçoit qu'une trop grande excitation des organes génitaux puisse avoir un retentissement sur l'organe de la voix et mettre ce dernier en état de subir l'influence du froid ou du tabac.

Nous avons aussi, à des reprises différentes, observé

des fluxions laryngées chez des femmes atteintes d'affections congestives ou inflammatoires du col ou du corps de l'utérus.

Certaines personnes ne présentent des altérations de la voix qu'au moment de la période menstruelle, et, dans plusieurs circonstances, l'examen laryngoscopique nous a permis de voir que la dysphonie tenait à des phénomènes congestifs et non à des troubles nerveux. Ces symptômes laryngés se montrent surtout chez les jeunes filles qui ont de la dysménorrhée, et cela deux ou trois jours avant l'apparition des règles. Les faits de ce genre sont loin d'être rares; dernièrement, nous en avons rencontré deux cas le même jour, à la clinique du Dr Fauvel.

Enfin est-il nécessaire de dire que les fluxions laryngées se produisent avec une grande facilité chez les adolescents, au moment de la mue, alors qu'il se fait dans le larynx un travail d'hypernutrition. La moindre cause déterminante vient augmenter le mouvement sanguin et transformer en altérations pathologiques les modifications physiologiques de la puberté.

Il ne nous reste plus qu'à étudier l'hyperémie laryngée dans ses rapports avec les états diathésiques et les maladies constitutionnelles, et à indiquer combien les arthritiques, les tuberculeux, les syphilitiques, sont prédisposés aux poussées congestives de la muqueuse vocale.

La grande majorité des malades soumis à notre observation rentrait dans la classe des arthritiques; les uns étaient issus de parents rhumatisants ou goutteux, les autres avaient déjà présenté d'autres symptômes de la diathèse. Rien, du reste, dans ce fait, qui puisse nous surprendre, car il est aujourd'hui admis par tous que l'arthritisme revêt le plus souvent dans ses manifestations la forme congestive; et dans un récent travail, lu au Congrès de Rouen de 1883, M. le Dr Huchard a soutenu les mêmes doctrines et fait voir quel rôle important jouait l'élément arthritique dans la genèse des congestions pulmonaires et des hémoptysies consécutives. En ce qui concerne le larynx, l'influence de la diathèse sur le développement des mouvements sanguins est encore plus saisissante. Pour nous, nous sommes tellement persuadé de la parenté immédiate qui unit l'état constitutionnel à

l'affection vocale, que nous regardons la fluxion laryngée comme l'un des signes les plus précoces et les plus positifs de la diathèse arthritique. Nous la mettons sur le même rang que la fluxion nasale, la migraine, les hémorrhoïdes, le pityriasis, etc., etc.

Dans un mémoire paru en 1881 *(in Archives générales de Médecine)*, sur les *Lésions du larynx chez les tuberculeux*, nous avons combattu les idées de Doléris, et nous avons montré que des laryngites catarrhales simples et non tuberculeuses pouvaient se manifester chez les phtisiques; nous avons aussi ajouté que ces malades étaient assez souvent atteints de poussées congestives. Depuis cette époque, les nouveaux cas que nous avons observés n'ont nullement modifié notre manière de voir; au contraire, ils n'ont fait que confirmer notre première opinion. En dehors de toute altération locale de nature tuberculeuse, il se produit dans le larynx des phtisiques des fluctions actives et primitives qui sont provoquées par le froid, par des vapeurs ou poussières irritantes, par des efforts vocaux violents ou répétés.

La syphilis fournit à l'hyperémie laryngée un bon terrain de développement. Nous avons vu plusieurs malades être affectés de poussées congestives, alors qu'avant d'être contaminés ils n'avaient jamais présenté de troubles laryngés. C'est surtout pendant les premières semaines de la période secondaire que paraissent ces mouvements fluxionnaires, à la suite d'un refroidissement ou d'un exercice vocal immodéré, causes déterminantes autrefois sans action. Les phénomènes congestifs ont une durée très courte. L'hyperémie est primitive; elle est indépendante des manifestations syphilitiques (exanthème, plaques muqueuses) qui se montrent à la même époque dans le pharynx.

Enfin, disons avec M. le professeur Jaccoud (Clinique de Graves) que les individus atteints de pharyngite granuleuse sont exposés à voir se propager au larynx des phénomènes congestifs qui prennent naissance dans la muqueuse pharyngée. Mais n'insistons pas, car il ne s'agit plus alors de congestion primitive, la seule qui nous occupe.

La fluxion laryngée, considérée dans un de ses accès,

offre un pronostic essentiellement bénin; ce n'est que la répétition fréquente des accidents qui pourra donner de la gravité à l'affection, car l'on doit alors redouter de voir la maladie aboutir à la laryngite chronique. Il est inutile de faire remarquer combien l'altération de la voix est préjudiciable aux artistes lyriques et dramatiques, aux avocats, aux professeurs.

Les phénomènes congestifs se dissipent ordinairement d'eux-mêmes, sans qu'il soit besoin de recourir à un traitement; l'intensité et la durée de la flexion pourront toutefois être atténuées à l'aide des moyens suivants :

Inhalations et pulvérisations émollientes et légèrement astringentes;

Attouchements laryngés avec solution faible au chlorure de zinc, ou bien avec l'alcoolature de coca de Mariani;

Compresses mouillées autour du cou;

Purgatif salin, sinapismes aux extrémités ;

Enfin potion à l'alcoolature d'aconit.

Dans l'intervalle des poussées congestives, traitement général institué pour modifier l'état diathésique et tonifier l'organe vocal.

Sur l'autophonie;

par le Professeur Berthold, de Kœnigsberg (1).

L'*Autophonie*, c'est-à-dire la résonnance pathologique de la voix du sujet lui-même, ainsi que celle des bruits respiratoires et du battement des vaisseaux, appelée aussi par Gruber *tympanophonie*, lorsqu'elle peut être observée par une personne autre que le malade au moyen de l'otoscope, est un symptôme peu fréquemment observé dans le cours des inflammations chroniques de la trompe d'Eustache.

Pathogénie et Etiologie. — L'autophonie ne se montre jamais à la suite d'une inflammation aiguë de la trompe

(1) Communication faite à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie (séance du 24 Janvier 1884).

d'Eustache, mais le plus souvent après un catarrhe nasal ou pharyngé datant de plusieurs années; affection à laquelle se rattache presque toujours un catarrhe de la trompe. Souvent il existe avec l'autophonie une hyperémie du tympan et quelquefois aussi un catarrhe aigu de la caisse.

Le catarrhe de la trompe n'engendre pas directement l'autophonie; celle-ci en est bien plutôt une conséquence, car c'est le fonctionnement insuffisant de la trompe au point de vue de son occlusion normale, c'est-à-dire la béance anormale de cette trompe, qui produit ce phénomène.

L'autophonie se montre-t-elle dans le cas opposé, c'est-à-dire dans l'insuffisance d'ouverture ou occlusion de la trompe? Nous ne connaissons rien de certain à ce sujet. Il a été décrit, à la vérité, quelques cas d'autophonie avec occlusion de la trompe; mais ces cas montrent que l'occlusion siégeait à un point très élevé du canal, alors que la partie inférieure était ouverte.

Sans entrer ici dans la physiologie des fonctions de la trompe, il nous semble bon de rappeler que la plupart des auteurs sont d'avis que la trompe est fermée à l'état normal, et qu'elle ne s'ouvre que momentanément, dans l'acte de la déglutition, par exemple.

La question est donc de savoir comment un catarrhe chronique de la trompe peut engendrer la béance anormale du canal. On sait que ce catarrhe amène, dans la règle, une occlusion de la trompe par suite de l'hyperémie et du gonflement des tissus et de l'hypersécrétion, On sait également que le contraire, c'est-à-dire la béance, peut être produite aussi par ce même catarrhe chronique. Ceci n'est pas contesté. On n'a qu'à se figurer plus rigides les parois membraneuses de la trompe, qui normalement s'appliquent facilement l'une contre l'autre. Dans ce cas, le rapprochement ne se fera plus aussi bien. Il est possible aussi que la muqueuse, grâce à l'accroissement de son volume, ait besoin de plus de place qu'il n'y en a pour tapisser complètement les parois; cette muqueuse devra alors se froncer et présenter des replis qui ne formeraient plus une occlusion imperméable à l'air.

Si l'on remarque combien il est difficile de fermer un

vaisseau hermétiquement par rapport à l'air, on comprendra facilement que la trompe devienne perméable lorsque la muqueuse est gonflée, étant donné qu'elle n'est pas normalement fermée dans toute sa longueur, mais ouverte à ses deux extrémités.

Qu'après un gonflement d'une certaine durée survienne une atrophie de la muqueuse, la béance se comprendra d'elle-même. Cette atrophie de la muqueuse de la trompe se rencontre surtout dans la rhinite chronique atrophiante (ozène), et l'ozène est aussi du nombre des maladies qui produisent l'autophonie.

De plus, il existe des observations anatomiques d'atrophie de la muqueuse de la trompe avec un élargissement anormal du calibre du canal, dont les parois ne s'accolent plus en aucun point. Rudinger a trouvé souvent cette atrophie chez les vieillards.

En outre, cette béance peut encore être amenée par une contracture des muscles de la trompe, et à cet état, je rapporte les cas où on a pu observer objectivement un bruit, par suite la contracture du voile du palais et de la luette (Brandeis).

Enfin, la rétraction cicatricielle à l'ouverture pharyngienne de la trompe, par suite d'ulcères syphilitiques, tuberculeux ou diphtéritiques, peut produire une dilatation de cette ouverture et par suite une béance anormale de la trompe.

Comme l'autophonie est toujours liée à une rupture de l'équilibre dans l'appareil auditif, cela confirme théoriquement cette opinion que la paralysie du muscle tenseur du tympan, ou la contracture de son antagonisme, le muscle de l'étrier, peut donner naissance à l'autophonie.

Anatomie pathologique. — Jusqu'aux observations de Rudinger sur les vieillards, l'anatomie ne possédait que les signes fournis par l'examen rhinoscopique, et par conséquent ne s'étendait qu'à l'ouverture pharyngienne. En dehors d'une forte injection veineuse, on a observé une fois seulement la rétraction cicatricielle, et dans quelques autres cas un bâillement anormal de la trompe.

Symptômes et marche. — Comme cela a été dit au com-

mencement de cette communication, les symptômes consistent en une résonnance exagérée de la voix du sujet lui-même et des bruits respiratoires, auxquels se joignent quelquefois les bruits de pulsation des vaisseaux. Comme l'autophonie est souvent liée à une exacerbation d'un catarrhe chronique naso-pharyngien et à une inflammation catarrhale aiguë de la caisse, on comprend qu'à la résonnance exagérée se joignent les symptômes de ces affections.

Comme symptôme propre à l'autophonie, il faut mentionner la sensation douloureuse que fait éprouver au sujet l'action de parler, de tousser ou d'éternuer, ainsi que la perception des bruits venant du dehors. Il faut y ajouter les sensations que font éprouver au malade l'inspiration et l'expiration, la bouche fermée, à savoir un mouvement du tympan vers l'intérieur pendant l'inspiration et vers l'extérieur pendant l'expiration, mouvement visible d'ailleurs. Avec cela, les malades ont une sensation de pression et de plénitude dans le conduit auditif.

Si les phénomènes de résonnance sont très marqués, ils se plaignent également d'un bruit de claquement que l'on peut rapporter à la séparation brusque des parois muqueuses. Aux bruits de claquement sont rattachés des tiraillements sensibles du tympan. Les bruits qui viennent du dehors frapper le tympan sont perçus renforcés. Les bruits de voiture dans la rue (où il n'y a pas de macadam, comme c'est le cas pour Kœnigsberg) sont très douloureux pour le malade. Le frottement du doigt sur la conque de l'oreille est perçu plus fort par l'oreille malade que par l'oreille saine.

Dans l'accès d'autophonie dont j'eus à souffrir moi-même au printemps, il me sembla que le bruit de pulsations que j'entendais provenait de ce qu'un vaisseau battait dans le tragus, où on pouvait d'ailleurs le sentir. Chez moi, le conduit et le tragus étaient douloureux et gonflés, et je ressentais de la douleur par la pression sur les apophyses mastoïdes.

Les bruits de résonnance peuvent durer tout le jour ou disparaître complètement momentanément, pour être ramenés soit par une expiration forte, soit par un bâillement.

On peut apporter un adoucissement passager par le procédé de Valsalva, ou bien en disant au malade de fermer son conduit fortement avec le doigt, ou de le remplir d'eau tiède. Dans certains cas, on se trouve bien aussi des moyens qui peuvent amener une congestion de la tête. De cette façon, la muqueuse de la trompe peut devenir plus riche en liquide, et cela peut amener une occlusion du canal. Ces moyens sont : l'abaissement très marqué de la tête en avant, le décubitus dorsal, dans quelques cas un repas abondant. Par expérience personnelle, je sais que l'autophonie produit rapidement la fatigue par les travaux d'esprit. Un long sommeil et le repos au lit font du bien.

La marche de la maladie est lente et sous la dépendance du catarrhe. Les rechutes ne sont pas rares.

Pronostic. — Le pronostic est toujours bénin, quand il n'y a pas de complication et qu'il n'existe ni atrophie de la muqueuse de la trompe, ni formation cicatricielle à son ouverture pharyngienne. Dans la plupart des cas, après le catarrhe, la muqueuse revient à guérison complète. L'accoutumance fait d'ailleurs que le mal se supporte plus aisément une fois les symptômes douloureux passés.

Traitement. — Le traitement de l'autophonie est le même que celui du catarrhe chronique nasal, pharyngé et tubaire, et doit être mis en pratique d'après les règles connues pour ces affections. Des douches nasales fréquentes avec l'eau salée chaude, ainsi que la vapeur d'eau, rendent de bons services. Brunner recommande l'insufflation dans la trompe d'une solution faible de sulfate de zinc (1/4 à 1/2 p. 100).

Essai d'explication physiologique de la production de l'autophonie. — Parmi toutes les causes appelées à en rendre compte, il y en a une qui est certaine, c'est la béance anormale de la trompe. Nous allons donc chercher comment cette béance produit une résonnance exagérée de la voix et du bruit respiratoire.

Que nous n'entendions que faiblement ou pas du tout

ces bruits, la trompe étant fermée, cela est prouvé par l'introduction d'un diapason dans la bouche. On l'entend d'autant moins qu'on l'y enfonce davantage.

(Suit une longue discussion sur les pouvoirs de résonnance des diverses parties de l'oreille.)

Pour l'auteur, la résonnance de l'autophonie provient de ce que les causes qui amortissent le son du tympan sont troublées dans leur action. Ces causes sont :

1° L'emprisonnement de l'air dans la caisse;

2° La tension du tympan par les osselets;

3° L'incompressibilité du liquide labyrinthique;

4° Le relâchement du tenseur du tympan et la contraction de son antagoniste, le muscle de l'étrier.

La trompe étant béante, les trois premiers chefs de l'amortissement sont altérés; le quatrième peut entrer en ligne, mais cela n'est pas forcé.

J'arrive donc à cette conclusion que la trompe étant béante, les causes les plus efficaces d'amortissement sont affaiblies, d'où résonnance douloureuse et fatigante.

Il est facile maintenant de comprendre pourquoi la pression sur le conduit auditif, ou son remplissage avec l'eau chaude, atténuent le symptôme autophonie. L'une ou l'autre de ces manœuvres a pour résultat d'amortir les mouvements du tympan, bien que du côté opposé à celui où cela a lieu normalement. Je pense que cette idée du trouble de l'amortissement de l'appareil auditif permet d'expliquer les phénomènes qui se montrent dans l'autophonie.

Observations

I. — James Jago, *Brit. and For Med. ch. Reviw*, 1867 (*Weber-Liel, m. f. Oh.*). — Après l'exposé des motifs qui plaident pour l'occlusion normale de la trompe d'Eustache, Jago rapporte que sa trompe droite ne ferme pas normalement, que le Valsalva se fait avec la plus grande facilité, et qu'une simple inspiration suffit pour retirer l'air de son oreille droite. En été, les parois de la trompe se ratatinent davantage et les troubles sont plus prononcés. Un repas plantureux apporte un soulagement d'un jour. Jago donne ensuite les symptômes de son affection.

II.— J. Gruber (de Vienne) (*M. f. Oh.*, 1868, p. 123). — Un jeune homme, atteint d'un fort catarrhe de la trompe droite, rapportait qu'il entendait du côté droit le bruit de sa respiration beaucoup plus fort que du côté gauche, et cela d'une façon qui lui était souvent désagréable.

Voici ses paroles : « Il me semble que tout le côté vibre avec. » Il y avait aussi *tympanophonie*. Le tympan était retracté et le manche du marteau raccourci. Une douche d'air ramena le tympan dans sa position normale et fit disparaître la tympanophonie. Mais celle-ci reparut au bout d'une demi-heure. Plus tard, après des améliorations et des rechutes successives, le catarrhe ayant cédé aux moyens anticatarrhaux, la tympanophonie disparut. Aussi Gruber regarde-t-il la tympanophonie comme un phénomène de consonnance.

Weber-Liel (*M. für Ohr.*, 1868, p. 126) cherche à démontrer expérimentalement le mal fondé de l'opinion de Jago sur l'occlusion normale de la trompe, et à montrer que la trompe est, au contraire, ouverte normalement. Il introduit une sonde dans la trompe et, par elle, pousse une sonde tympanale en caoutchouc jusqu'au-dessus de l'isthme de la trompe, de telle sorte qu'alors la trompe soit ouverte dans toute son étendue; malgré cela, pas de symptôme d'autophonie.

III. — Brunner (de Zurich) (*Arch. für Aug. u. Ohrenh*, Bd 2, ab. 1, p. 351).—Femme Schenkell, quarante-cinq ans. Coryza pendant tout l'hiver, mais jamais douleurs d'oreilles. En avril 1870, tout-à-coup apparurent des douleurs dans l'oreille droite. Ces douleurs étaient accompagnées d'insomnie fréquente, d'un peu de vertige, de surdité marquée et de bruit continuel dans l'oreille malade. A la consultation, elle se plaint d'une sensation de plénitude forte dans l'oreille droite. Avec cela, sa voix lui résonne si fort dans l'oreille droite, que la parole la fatigue; elle y entend aussi très fortement sa respiration, ainsi que tous les mouvements de la mâchoire. Tant qu'elle se comprime l'oreille droite avec le doigt, la résonnance disparaît ou est moindre.

Inspection du tympan. — Pas de solution de continuité; relâchement; légère rougeur à la partie supérieure; concavité exagérée. Marteau visible facilement; pas la moindre trace de liquide dans la caisse.

L'auscultation par l'otoscope donne une différence très

marquée entre l'oreille droite et l'oreille gauche. A droite, la voix de la malade retentit fortement avec un éclat sonore, comme si l'on parlait sous une voûte ou dans un long tube acoustique. La respiration résonne également à travers l'otoscope. Le remplissage de l'oreille droite par de l'eau fait disparaître tous ces symptômes objectifs aussi bien que subjectifs. Il en est de même en comprimant le tragus dans le conduit; la réouverture de ce conduit ramène immédiatement tout l'ensemble des symptômes.

Pendant le traitement, on remarque qu'une bougie de 1 mm., poussée fortement dans la sonde, s'arrêtait vers le milieu de la trompe en faisant disparaître l'autophonie. Retirait-on la bougie, l'autophonie reparaissait pour disparaître de nouveau si on la repoussait en avant.

Brunner regarde ces symptômes comme des phénomènes de résonnance; il leur a donné le nom de *tympanophonie.*

IV. — Rudinger (*M. f. Oh.*, 1872) rapporte que dans le cours d'une leçon il ressentit, après un mouvement de déglutition, tous les symptômes en question dans les deux oreilles, avec cette différence que cela se maintint dans l'oreille droite. En continuant à parler, il ressentit dans la trompe droite quelque chose de particulier qui ressemblait à une contracture, et, en même temps, chacun des mots qu'il prononçait résonnait si fort dans son oreille, qu'il en ressentait une impression douloureuse. Un nouveau mouvement de déglutition fit disparaître le phénomène. Rudinger admet que son premier mouvement de déglutition avait produit une sorte de spasme du dilatateur de la trompe du côté droit.

V. — Poosen (*M. f. Oh.*, 1874, p. 97) rapporte qu'il a ressenti tout-à-coup une sensation comme si sa trompe droite s'ouvrait et qu'elle restât en cet état jusqu'à ce qu'il fasse un mouvement de déglutition : « Si je ferme la bouche et que j'inspire fortement, j'ai la sensation de l'entrée directe d'un courant d'air dans la caisse, ce qui est très désagréable quand cela se produit à l'air libre et froid. En même temps, ma propre voix résonne dans mon oreille droite avec éclat un peu sourd. Aussitôt que je fais un fort mouvement de déglutition, tous les phénomènes disparaissent. »

Poosen reprend l'expérience de Weber-Liel, mais en la

modifiant de la façon suivante. Il porte la sonde à trompe à sa courbure au point qui, dans une bonne application, correspond à peu près à l'ouverture du larynx, afin de donner à l'onde une entrée directe, et il fait la même opération sur la sonde à caisse. Il est clair que si la sonde pour caisse est poussée jusqu'à l'ouverture tympanale de la trompe et que si les ouvertures des deux sondes coïncident bien, la trompe se trouve ouverte artificiellement, et cela à l'entrée de la trompe et non pas à l'ouverture du nez, comme dans l'expérience de Weber-Liel. L'expérience ayant été faite sur un polytechnicien très intelligent, celui-ci accusa très nettement et sans savoir de quoi il s'agissait tous les phénomènes connus de la tympanophonie.

Poosen expose ensuite un deuxième cas d'autophonie dans lequel il s'agissait d'une béance incontestable de la trompe, causée par une rétraction cicatricielle; comme preuve objective de la béance de la trompe, on voyait sur le tympan se reproduire tous les mouvements respiratoires. Et tous ces signes subjectifs ou objectifs disparurent lorsque la béance de la trompe fut obtenue par l'apparition.

VI. — 1875. — Flemming, *M. Oh.* (yule. *Journ. of An. and. Phys.*, 1874), raconte qu'il peut ouvrir sa trompe à volonté sans même employer un mouvement de déglutition. Il rapporte qu'en même temps que cette ouverture se produit, un raccourcissement de la luette se fait.

VII.— 1879.— Hartmann observa sur une tragédienne les phénomènes de l'autophonie et constata en même temps que la perméabilité des trompes était plus grande que normalement.

VIII.— 1880.— Urbantschitsch admet la résonnance exagérée aussi bien dans l'occlusion des trompes (les malades se plaignent très souvent d'une sensation de plénitude dans l'oreille) que dans leur béance. Mais il ne donne d'explication ni pour l'un ni pour l'autre cas.

IX. — 1883. — Brunner rapporte cinq cas d'autophonie, parmi lesquels celui signalé déjà plus haut. Dans ses cas nouveaux, Brunner a fait cette observation intéressante que les

malades ressentent, en prononçant les consonnes *m* et *n*, un éclat particulier métallique susceptible d'être perçu par un observateur. Il s'exprime ainsi sur la cause de la résonnance : « Notre oreille est appropriée à recevoir les ondes vibratoires de l'air qui viennent du dehors frapper le tympan, et de cette façon la résonnance est amortie le plus possible (grâce aux osselets et à leurs connexions avec les parois de la caisse) ; mais il en est tout autrement quand l'onde aérienne arrive par la trompe dans la caisse, car alors cette chambre et ses parois sont plus portées à vibrer en même temps. »

Je veux rappeler quelques considérations sur mon observation personnelle d'autophonie dont je fus atteint au printemps. On y trouve tous les symptômes de l'observation de Brunner (1871), avec cette seule différence que chez moi le tympan n'était pas retiré vers l'intérieur, mais au contraire plus saillant vers l'extérieur dans l'oreille malade que dans l'oreille saine.

En terminant, je ferai remarquer que ni moi ni les autres auteurs n'avons observé de cas d'autophonie accompagnant une destruction totale ou très étendue du tympan, et que ce phénomène n'a pas encore été décrit non plus dans un seul cas où la caisse aurait été pleine de liquide. J'insiste sur ce point, parce qu'il est important pour mon opinion sur la production de la résonnance par le béance de la trompe, opinion d'après laquelle l'amoindrissement de l'amortissement normal est le facteur principal de l'autophonie.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Résumé du troisième exercice de l'Institut opératoire de l'hôpital La Princesse (*Resena del tercer ejercicio del Instituto de Terapeutica operatoria del hospital de la Princesa*) ; par don Federico Rubio y Gali, el Excmo Sr don Rafael Ariza y Espajo, don Seraphin Buisen, y don Eugenio Gutierrez. Madrid, 1883.

Fonder une clinique libre, indépendante de toute attache officielle, se vouer dans un hôpital au soulagement de l'humanité souffrante et à l'enseignement de l'art de guérir, voilà ce qu'ont fait courageusement à Madrid, depuis quatre ans,

les Drs Fed. Rubio et Ariza, les créateurs de l'Institut de thérapeutique opératoire de l'hôpital de la Princesse. Et pour que le fruit de leurs études et de leur expérience ne fût pas perdu pour les praticiens privés de les voir à l'œuvre et d'écouter leurs savantes leçons, ils ont, chaque année, résumé leurs travaux dans un livre qui tient à la fois d'un traité pratique et de leçons cliniques.

C'est le troisième volume de ce genre que nos distingués confrères de Madrid, dont l'auteur de ces lignes est fier de se dire l'ami, livrent au public, cette fois avec la collaboration du Dr S. Buisen pour l'électrothérapie, et du Dr E. Gutierrez pour la gynécologie.

Nous regrettons de ne pouvoir donner une idée complète d'un ouvrage si instructif, la nature de cette *Revue* ne nous le permettant pas; mais nous allons consacrer quelques lignes à la part qui y est faite à la laryngologie et à l'otologie, par le Dr Ariza.

Il n'y a pas moins de 130 pages consacrées à ces spécialités. Après avoir donné une idée générale de ce qu'elles sont, et montré comment on les enseigne à l'Institut, l'auteur définit la laryngologie, donne le tableau statistique des laryngopathies soignées à l'hôpital de La Princesse de 1882 à 1883. Seize observations, intéressantes et détaillées, lui ont fourni le sujet d'autant de savantes leçons que nous ne saurions résumer ici. Mais nous mentionnerons particulièrement la seconde, où, à propos d'un cas de laryngite hypertrophique et ulcéreuse de nature syphilitique, avec sténose progressive de la glotte, l'habile laryngoscopiste discute la convenance et l'opportunité de la trachéotomie, et les résout avec une rectitude de jugement que viennent appuyer de tout leur poids les observations qui suivent. La trachéotomie a ses indications d'urgence, devant lesquelles le médecin n'a plus à hésiter, et ses indications préventives d'un danger toujours menaçant d'asphyxie, de mort subite, auquel s'ajoute celui d'une tuberculisation pulmonaire amenée par l'insuffisance respiratoire; le sujet de la neuvième observation a fourni un curieux exemple de ce dernier cas.

Le chapitre de l'otologie contient, après le tableau statistique, dix observations de sujets variés, intéressantes par elles-mêmes et par les déductions qui en découlent.

Le Dr Ariza détaille ensuite la technique pharyngo-rhinos-

copique, fait ressortir les services qu'elle rend en permettant d'établir à coup sûr une thérapeutique efficace contre un grand nombre de ces affections localisées, qui, curables le plus souvent, n'ont dû leur longue durée qu'au siège longtemps caché qu'elles occupaient; il en indique les difficultés et rend compte des heureuses applications qu'il a faites de la galvano-caustie à quelques affections du pharynx et du nez: la réduction de volume des amygdales hypertrophiées, la destruction de végétations naso-pharyngiennes accompagnées d'otite hypertrophique double, méritent d'attirer l'attention.

On ne saurait trop louer les hommes éminents qui, comme le Dr Ariza, se consacrent à l'enseignement libre de leur spécialité médicale, du noble exemple qu'ils donnent et qui devrait trouver partout des imitateurs.

DUHOURCAU.

Abcès du voile du palais; par H. SCHMID.

L'auteur se range du côté de ceux qui considèrent comme relativement très rares les abcès se trouvant entre l'os et le tégument mucoso-périostique de la voûte palatine. Sur 600 cas d'affections alvéolaires dentaires observés par lui, il ne les a rencontrés que 8 fois, tandis que dans 124 cas les abcès provenant de périostite alvéolaire et dentaire s'étaient fait jour vers l'extérieur. Dans un cas, qui ne figure pas dans cette liste, un abcès de la voûte palatine, situé au centre, était occasionné par une inflammation chronique du plancher du nez; l'inflammation avec ses suites s'était propagée, selon toute probabilité, par le conduit nasal antérieur dans la cavité buccale. Dans les cas connus jusqu'ici, au contraire, la perforation s'était faite du palais vers le nez. (*Prager med. Wochenshr.*, 1883, n° 27, 28 et *Centralbl. für chir.*, n° 41, 1883.)

BAYER.

Du traitement de la sténose par compression de la trachée après l'extirpation du goître; par Jh. KOCHER, à Berne.

Pendant l'extirpation de la glande thyroïde hypertrophiée, après l'excision du premier lobe (droit), chez une personne âgée de vingt-neuf ans, la trachée fut comprimée en forme de

gaîne de sabre par la pression atmosphérique et une dyspnée grave s'ensuivit. Au moyen de deux crochets l'on écarta l'une de l'autre les parois jusqu'à la fin de l'opération. Kocher passa ensuite un fil de catgut fort pour remplacer les crochets, en reliant les deux bouts au-dessus de l'angle antérieur de la trachée. Cette suture dilatatrice fut faite en deux points. Le succès fut complet; la respiration resta parfaitement libre et la plaie se réunit par première intention.

Cette méthode d'appliquer une suture élargissante est la meilleure preuve, d'après l'auteur, que la sténose trachéale à la suite de l'hypertrophie de la glande thyroïde est due à la compression exercée par celle-ci, et non, comme le veut Rose (voir Kropftod, Berlin, 1878), au ramollissement du conduit trachéal. (*Centralbl. für chir.*, 1883.)

BAYER.

Contribution à l'étude du spasme de la glotte phonique;
par BAUDLER.

Après avoir fait la communication de deux cas observés par l'auteur dans la policlinique de Ganghofner, il examine les cas publiés jusqu'à ce jour, qui, d'après leur origine, peuvent se diviser en trois classes différentes. D'abord, une série de cas où l'aphonie spasmodique fut observée chez des individus atteints d'autres symptômes pathologiques du système nerveux central, surtout chez des femmes hystériques. Un second ordre occasionné par une trop grande fatigue de la musculature du larynx, tandis que quelques autres cas survinrent après une affection inflammatoire de la gorge, ou ne présentèrent même aucun indice étiologique particulier. Le pronostic est en général favorable, car, sur 17 cas publiés dans la littérature Allemande, 9 sont notés guéris. Le traitement n'offre pas un grand intérêt, 4 de ces 9 cas étant guéris spontanément. La galvanisation centrale semble avoir aidé le plus à la guérison. (*Prag. med. Wochenschr.*, n° 38, 1883. *Centralbl. für die med. Wissench.*, n° 47, 1883.)

BAYER.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

La Société tiendra sa *séance générale*, le mercredi 9 avril, à 8 h. du soir, et le jeudi, 10 avril à une heure de l'après-midi, à la mairie du 1er arrondissement, (place Saint-Germain-l'Auxerrois, près du Louvre).

ORDRE DU JOUR:

1. — Lecture et adoption du procès verbal de la dernière séance.
2. — Dépouillement de la correspondance.
3. — Rapport du secrétaire.
4. — Rapport du trésorier.
5. — Election du président de la séance.
6. — Modifications de l'article 20 des statuts, et de l'art. 24 du règlement.
7. — Election des membres dont la liste a été dressée par le Comité.
8. — Proposition de MM. de Ranse et Lutaud au sujet de la publication du compte-rendu.
9. — Election d'un délégué de la Société au Congrès d'otologie de Bâle.
10. — Discussion sur l'autophonie (communic. du prof. BERTHOLD).
11. — Dr MOOS. — Sur une affection labyrinthique.
12. — Dr MASSEÏ. — Rétrécissement syphilitique de la trachée.
13. — Dr NOQUET. — Sur un cas de polype de l'oreille.
14. — Dr GELLÉ. — Des effets sympathiques d'une oreille sur l'autre.
15. — Dr HERING. — Sur l'emploi de l'acide chromique dans les maladies du nez et de la gorge.
16. — Dr BARATOUX. — De l'électrolyse de la trompe d'Eustache.
17. — Dr MENIÈRE. — Périostite de l'apophyse mastoïde.
18. — Dr MOURE. — Epithélioma primitif du larynx, thyrotomie, récidive.
19. — Dr BURKNER. — Lésions du labyrinthe, fracture de l'étrier.
20. — Dr MOURA. — Du glouglourisme.
21. — Dr NOQUET. — Corps étrangers de l'oreille
22. — Dr BARATOUX. — Nouvel audiomètre de Gaiffe, son application.
23. — Dr HERING. — Instruments.
24. — Election du comité pour l'année 1884-85. { Election des membres de Paris. Election des membres de la Province et de l'Etranger }

Le secrétaire,

Dr. J. BARATOUX.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16

5e Année. N° 5. 1er Mai 1884.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Un cas de rétrécissement syphilitique de la trachée;

Par le Dr F. Masséi
professeur de laryngologie à l'Université de Naples (1).

Messieurs,

On sait que les rétrécissements de la trachée sont beaucoup plus rares que ceux du larynx; que la syphilis y joue un rôle pathogénique très important, et que ceux de sa partie supérieure sont plus exceptionnels que ceux de sa partie terminale.

La notion de ces faits justifie pleinement la communication de l'observation que j'ai l'honneur de soumettre à votre savante critique; d'autant plus que ce fut l'examen

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 9 avril 1884.

laryngoscopique qui me mit à même de reconnaître à la fois la lésion matérielle et la cause qui l'avait produite.

Voici l'observation :

Une femme âgée de vingt-huit ans, née à Piedimonte d'Alife, de bonne constitution, vint me consulter le 26 janvier de cette année, pour un étouffement qui la tourmentait depuis quelque temps.

Elle est mariée depuis douze ans, et bientôt après elle eut une grossesse qui se termina à quatre mois par une fausse couche.

L'année suivante, nouvelle grossesse terminée heureusement; la fillette est née en parfaites conditions. Pendant ces douze ans, elle eut en tout neuf grossesses, et parmi celles-ci trois fausses couches.

Mon excellent confrère le Dr Paterno, qui m'adressa la malade, assurait que depuis deux ans elle se plaignait de dyspnée, et quelque autre médecin, qui l'avait examinée auparavant, avait cru à une induration du poumon; en conséquence, elle fut soumise aux toniques, aux balsamiques, aux inhalations, aux bromures, mais sans la moindre amélioration.

Plusieurs années auparavant, la malade avait eu une éruption cutanée, dont il ne restait aucune trace; mais jamais de maux de gorge, de chute de cheveux et de douleurs dans les membres; les ganglions latéraux du cou étaient un peu engorgés.

La voix est bonne; la déglutition parfaite. On est tout d'abord frappé par un sifflement respiratoire qui prend les deux temps. La respiration est faible des deux côtés; il y a les signes d'un emphysème marginal. Pas de matité à la percussion en aucun point.

Les organes de la circulation n'offrent rien d'anormal.

A l'examen laryngoscopique, on aperçoit la cavité du larynx tout à fait saine; la muqueuse d'une couleur rouge pâle; les rubans vocaux, d'un blanc nacré, obéissent parfaitement aux mouvements d'adduction et d'abduction. Mais dès que la femme respire profondément, on découvre dans l'espace sous-glottique la cause réelle du bruit respiratoire.

Un diaphragme s'étend au niveau du troisième anneau de la trachée dans toute l'étendue de la section. D'une couleur rouge foncé, il est percé au centre ou plutôt dans le tiers antérieur par un trou ovale, qui peut laisser passer un cathéter n° 12 ou 13 de la filière Française.

En regardant avec plus d'attention, on voit que ce diaphragme est formé par deux replis latéraux, qui, placés dans le sens antéro-postérieur, viennent se rejoindre presque sur la ligne médiane, et, au-dessous, par deux autres replis transversaux, dont le postérieur est plus large. Ces replis viennent circonscrire l'ouverture qui représente le calibre rudimentaire du tuyau normal.

La figure ci-jointe, que je dois à l'obligeance de M. Penta, aide à la clinique de M. le professeur de Renzi, reproduit avec exactitude l'image du miroir. Elle a été prise d'après nature et je pus confirmer, par un examen attentif avec la sonde, que le rétrécissement tombait juste au niveau du troisième anneau de la trachée.



Fig. 6.

En face d'une pareille lésion, on pouvait se rendre compte de la dyspnée et de l'intégrité de la voix; on avait, de plus, entre les mains, la clef de toute la symptomatologie morbide qui, petit à petit, s'était développée dans une période de deux ans. La demande qui venait de suite à l'esprit était : comment s'était formé ce diaphragme?

Il suffisait de passer en revue les rares maladies de la trachée, pour s'arrêter, au moins avec grande probabilité, à la syphilis.

En effet, abstraction faite de la possibilité de guérison d'un ulcère tuberculeux (admise par la plupart des laryn-

goscopistes), on ne pouvait penser à la tuberculose dans ce cas, soit à cause de la rareté d'une tuberculose primitive de la trachée, soit par l'absence de tout phénomène cachectique, soit enfin parce que les ulcères tuberculeux peu profonds, ne laissent, quand ils guérissent, que des végétations polypoïdes et non pas un tissu de nouvelle formation aussi bien organisé que celui que nous avions sous les yeux.

Il n'était pas question de tumeur, la surface lisse, rosée, le trou central, les quatre replis, ne rappelaient en rien la forme d'un néoplasme; et pareillement, on pouvait, d'après l'inspection seule, écarter l'idée de corps étranger enkysté.

Parmi les processus morbides capables de guérir et de laisser à leur place des rétrécissements, il ne restait donc que la syphilis, et je crus, en effet, à cette diathèse.

Certainement il est difficile de comprendre comment les phénomènes initiaux avaient évolué sans que la femme ait eu son attention appelée de ce côté; mais les fausses couches, l'éruption cutanée, l'engorgement des ganglions, la lésion elle-même qui n'admettait aucune autre interprétation, m'autorisaient à admettre le diagnostic que j'avais porté sans délai.

J'avais encore à résoudre une question bien sérieuse, celle du traitement.

Il va sans dire que le principal but que je me proposais était d'éloigner la trachéotomie, d'autant plus que la femme (qui se trouvait encore une fois au quatrième mois d'une nouvelle grossesse) et son mari ne l'auraient pas acceptée volontiers.

L'idée de la dilatation fut, comme on le conçoit aisément, la première qui vint à mon esprit.

Le traitement intérieur, réclamé par la seule raison qu'aucun n'avait été essayé auparavant, ne pouvait en rien modifier le tissu de nouvelle formation, et c'était, au contraire, sur le traitement local qu'il fallait compter.

Passer un cathéter à travers la glotte, était chose bien facile; mais pénétrer justement dans le trou, en évitant le rapprochement spasmodique des cordes, n'était pas si simple, et je craignais d'échouer.

J'appelais en consultation M. de Amicis, professeur de

syphilographie, et M. Frusci, professeur de médecine opératoire à l'Université de Naples.

Ces savants professeurs eurent la même impression que moi; ils donnèrent le même poids aux fausses couches, aux ganglions engorgés, à l'éruption cutanée, et il fut reconnu, d'un commun accord, qu'il s'agissait vraiment d'un rétrécissement syphilitique.

On m'encouragea quant aux essais de dilatation par les voies naturelles, tout en ne perdant pas de vue la trachéotomie, laquelle, en combattant un danger imminent, aurait pu, grâce au siège de la lésion, achever le traitement radical, en coupant le diaphragme, comme il était arrivé à M. de Amicis, dans un cas dont je dirai deux mots à la fin.

Les essais d'une chirurgie sous-chordale ne sont pas nouveaux, mais ils sont cependant en très petit nombre; je citerai, entre autre, un exemple classique d'arrachement de polypes placés au niveau des troisième, cinquième et neuvième anneaux de la trachée. J'ai vu moi-même opérer M. Labus, l'auteur d'un intéressant travail publié dans mon journal, *Archives italiennes de Laryngologie*, avec une facilité qui semblait toute naturelle.

Dans mon cas, cependant, il fallait mathématiquement dépasser le trou avec le cathéter, et les bons effets de la dilatation pouvaient encore nous dire si la manœuvre pouvait nous permettre de débrider en croix les quatre replis.

La patience m'amena à de bons résultats; je commençais d'abord par pratiquer le cathétérisme simple avec les cathéters de Schrötter, en faisant de la dilatation progressive. J'étais guidé, je l'avoue avec franchise, plutôt par le toucher, car aussitôt que j'avais franchi la glotte, le miroir à la main, il fallait avec force prévenir la contraction glottique; mais quand j'étais dans l'espace sous-glottique, si la chance ne m'avait guidé jusqu'à l'ouverture centrale du diaphragme, je pouvais l'atteindre avec de petits tâtonnements.

Les cathéters fins passaient avec facilité, mais ils ne pouvaient rester en place que quelques minutes; les plus gros avaient à vaincre une résistance, et ils faisaient saigner; l'examen postérieur montrait que le sang venait

des bords du trou, qui s'étaient en quelque sorte déchirés par le passage de la bougie.

La malade s'améliorait de jour en jour, malgré l'intolérance qui m'obligeait à tenir en place quelques moments seulement le dilatateur; mais forcée de venir à mon cabinet tous les jours et dans une saison peu propice, elle contracta un catarrhe bronchique qui, en fait d'essoufflement, lui fit perdre tout ce qu'elle avait gagné!

Après trente jours de traitement, elle quitte Naples, avec la promesse d'y revenir en été, après son accouchement.

Malgré l'observation incomplète de cette malade, j'ai voulu, mes chers confrères, vous raconter son histoire.

Pour être complet je dois ajouter que dès l'année 1872, dans une brochure très intéressante, que je recommande à votre attention, M. le professeur de Amicis a fait une revue bibliographique complète sur ce sujet, depuis Worthington (1842) jusqu'à nos jours; et il a raconté un cas dans lequel les symptômes fonctionnels autorisaient, comme dans le mien, à diagnostiquer un rétrécissement syphilitique du bout supérieur de la trachée.

M. de Amicis pratiqua la trachéotomie, et l'opération, qui sauva la malade de l'imminent danger qu'elle courait, eut une complète guérison. L'examen laryngoscopique, pratiqué seulement après, montra que le larynx était tout à fait sain.

Je puis donc conclure que :

1° Les rétrécissements du bout supérieur de la trachée, sous forme de diaphragme, sont rares et dus presque uniquement à la syphilis;

2° L'inspection directe est la seule qui, faisant reconnaître la lésion matérielle, facilite le diagnostic.

3° La dilatation des rétrécissements de la trachée peut se faire parfaitement bien sans que l'on soit obligé de pratiquer la trachéotomie.

Des synergies fonctionnelles bi-auriculaires. — Étude de l'accommodation des oreilles, en application à la séméiotique.

Par le Dr Gellé (1).

La séméiotique auriculaire possède aujourd'hui des méthodes d'observation de premier ordre, au moyen desquelles le clinicien constate l'aération des caisses, la perméabilité des trompes, la mobilité, l'élasticité, la tonicité de la membrane du tympan, le jeu de la chaîne des osselets et de la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale. Mais on est forcé de remarquer que dans tous ces modes d'exploration l'organe est étudié tantôt à l'état statique, tantôt mû par les divers procédés d'aération, d'insufflation de la cavité tympanique, tantôt enfin par la pression extérieure centripète.

Ainsi, l'appareil d'accommodation est exclusivement étudié et analysable à l'état de passivité par les méthodes connues; mais le jeu fonctionnel, la phase dynamique de l'appareil auriculaire d'accommodation et de conduction nous échappent encore, l'observation se limite à des constatations d'ordre physique.

C'est un grand point acquis quand on a pu apprécier sérieusement la mobilité du tympan, l'aération de la caisse, la perméabilité des trompes, le passage du son trans-auriculaire, les variations passives de la sensation sonore sous l'influence de pressions centripètes, etc., etc.; mais on comprend de quelle importance serait la méthode d'observation qui permettrait de juger des aptitudes fonctionnelles de l'accommodation, de la faculté d'adaptation possédée par l'oreille, en rendant saisissable la manifestation de son activité.

Cette méthode est celle que j'expose aujourd'hui : je crois qu'avec elle c'est l'accommodation en action que l'observateur a sous les yeux.

La méthode et son adaptation clinique sont choses neuves; ce n'est pas que l'étude physiologique du rite

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 9 avril 1884.

des muscles moteurs de la chaîne des osselets de l'ouïe, de la tension et de la détente de tout l'appareil conducteur du son soit encore à faire.

Aurai-je besoin de rappeler ici les travaux devenus classiques de Valsalva, Savart, Wollaston, Longet, Politzer, Flick, Luca, Mos, Litcher, etc., etc., qui ont établi sûrement la physiologie de l'appareil de conduction et de l'accommodation de l'organe de l'ouïe. Récemment, Wolf a institué l'expérience ingénieuse suivante : un appeau est entendu à une certaine distance, puis approché auprès de l'oreille; et l'observateur constate que le son proche a subi une élévation d'un demi-ton. Ce résultat doit être rapporté, d'après l'auteur, à l'action réflexe du muscle tenseur du tympan.

Dans ce travail, je prends pour base un phénomène expérimental nouveau, dont l'interprétation discutée, puis solidement démontrée, ouvre tout un horizon et conduit à une sérieuse application à la sémeotique auriculaire et à la clinique.

Au milieu d'expériences de physiologie de l'audition dont j'ai entretenu la Société de Biologie (Bull. 1883), je signalais l'expérience suivante : « un diapason la [3] en vibration est emmanché au bout d'un tube de caoutchouc de 40 centimètres adapté à une oreille par l'autre bout, à l'orifice de l'autre oreille est fixée l'extrémité du tube de caoutchouc d'une poire à insufflation ordinaire. Or, chaque fois que l'on comprime cette poire à air, et qu'on agit ainsi sur l'oreille droite et sur l'appareil conducteur du son, le sujet annonce que l'intensité du son baisse à l'oreille gauche.

La même expérience, avec un même résultat, peut être instituée, le diapason vibrant porté à la main auprès de l'oreille, tandis que la poire à air agit sur l'autre.

A l'état sain, l'atténuation du son sous l'influence de pressions exercées par la poire à air à l'opposé du point où le son pénètre, est constante. On conclut de là que *par une pression faite sur une oreille, on modifie l'audition de l'oreille opposée.*

Comment expliquer cette action à distance, d'une oreille à l'autre?

Au premier abord on a pensé à une action sur le cen-

tre sensoriel, puis à un effet sympathique, à une excitation d'ordre réflexe.

Comment et avec quel appareil se produit cette action réflexe?

On peut donner du phénomène une explication théorique.

Dans l'audition bi-auriculaire, soit que les deux organes soient simultanément frappés par les ondes sonores, ou qu'ils le soient successivement et de façons inégales, les deux oreilles sont associées, et s'accommodent à la fois pour une sensation identique.

Les deux appareils transmetteurs possèdent donc au même instant une tension égale, ou se mettent en cet état l'une après l'autre dans la sensation bi-latérale successive.

Il se passe là ce qui existe pour la vision binoculaire, et l'analogie ne peut être discutée; association des mouvements d'accommodation, et synergie fonctionnelle de deux appareils d'accommodation soit oculaires, soit auriculaires : c'est une nécessité physiologique.

Je pense que c'est la propriété que je mets en jeu dans l'expérience des pressions que j'ai décrites et qui ont donné pour résultat expérimental constant l'atténuation du son perçu, tant du côté pressé que du côté opposé, la synergie fonctionnelle de l'appareil conducteur du son à droite, par exemple, en agissant doucement sur l'oreille gauche.

Le déplacement passif que la poussée d'air imprime à gauche, provoque un mouvement égal, identique, mais actif à droite.

L'organe droit, sollicité par la synergie fonctionnelle, exécute un mouvement d'accommodation identique à celui qu'on a provoqué à gauche.

Ce mouvement synergique est produit par la contraction de l'appareil musculaire de la chaîne des osselets. Le phénomène constaté, l'atténuation de la sensation auditive reconnaît donc une cause active, c'est l'activité même de l'appareil d'accommodation de l'oreille libre.

Par ce dispositif expérimental, l'observateur a donc le moyen de mettre en jeu l'accommodation de l'oreille et d'en apprécier l'effort et d'en constater l'effet. Cette exci-

tation indirecte de l'oreille permet d'étudier l'aptitude et l'énergie d'accommodation de l'organe.

Cette hypothèse trouve un appui sérieux dans les données de l'expérimentation clinique, qui montre que les lésions de l'oreille moyenne ont une influence extrême sur la production du phénomène observé.

Mais il y a mieux encore : en effet, si avec l'otoscope l'observateur ausculte le son par le méat gauche, la pression étant faite avec la poire à air du côté droit, et le diapason la [3] vibrant posé sur la corne frontale gauche, à chaque pression douce, l'atténuation du son qui s'écoule est annoncée à la fois par le sujet et par l'observateur. Or, ici, l'explication du fait devient précise, et il faut bien admettre une modification de l'appareil chargé de conduire le son, et de constater qu'elle a lieu synergiquement avec chaque déplacement mécaniquement imprimé à l'autre oreille. La démonstration est claire.

Ce n'est plus là une action des centres sensoriels, c'est bien l'appareil de conduction et d'accommodation auditives que l'épreuve indiquée met en activité, et le phénomène de l'atténuation du son perçu est le signe de cette activité provoquée à distance.

Aussi, on sera peu étonné de constater dans les faits cliniques la perte ou l'augmentation ou la disparition temporelle du phénomène, si la caisse est atteinte d'otite proliférante avec réplétion ou collection intra-tympanique; ou bien de constater la nullité de l'épreuve s'il y a sclérose ancienne; soit à l'opposé, l'augmentation du phénomène, l'atténuation physiologique devenant une sorte d'extinction à chaque pression, s'il y a laxité extrême et motilité exagérée des tissus, comme cela se rencontre dans les otites suppurées, dans les larges perforations, etc.

La capacité fonctionnelle d'accommodation varie suivant l'espèce et la gravité des lésions de l'appareil transmetteur, et sa réaction sur l'influence de l'épreuve des synergies d'accommodation diffère. Une oreille immobile, pleine ou scléreuse, ne subissant aucun effet de pressions, n'amène par suite aucun effet sur l'autre oreille, même saine, et *vice versa*.

Au point de vue du pronostic, la persistance des segmentations produites à volonté dans le son du diapason

par le fait des pressions sur l'oreille opposée, autorise à conclure à une amélioration que ne semble pas devoir permettre l'état anatomique constaté *de visu.*

Il m'a semblé qu'il y a un rapport étroit entre les lésions de l'accommodation, que cette épreuve permet de constater, et la perte de l'audition de la parole; c'est un sujet réservé à de plus complètes études.

CONCLUSIONS.

De ces diverses expériences, et de leurs résultats, on peut conclure :

1° *Il existe pour les oreilles comme pour les yeux une synergie fonctionnelle d'accommodation*;

2° On provoque par la pression douce sur une oreille, la mise en activité de l'accommodation de l'oreille opposée, d'où l'atténuation du son aérien ou crânien perçu de ce côté;

3° Cette épreuve, appliquée à l'étude clinique, prend un rang important dans la séméiologie de l'oreille moyenne et permet d'étudier l'accommodation en action.

De l'emploi de l'acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx (1);

Par le Dr Hering
directeur de la section laryngologique de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie.

Messieurs,

Tous ceux qui s'intéressent au développement et aux progrès de la pharmacologie, et qui ont lu ce qu'on a écrit relativement à ce sujet dans le cours des dix dernières années, doivent être frappés par le grand nombre de médicaments nouveaux qui ont été préconisés par les diverses publications médicales, pour le traitement de telle ou telle maladie.

Dans la plupart des cas, on voit les remèdes dont le

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 9 avril 1884.

succès a été annoncé d'avance délaissés par tous les médecins, disparaître avec une rapidité d'autant plus grande que leur apparition a été plus soudaine. Aussi chacun reconnaîtra-t-il la justesse de cette proposition : il est plus facile en ce moment de lancer dans le courant de la pratique un médicament nouveau, que d'en réhabiliter un, déjà ancien, qu'on a souvent laissé tomber dans le discrédit, sans même l'avoir éprouvé.

C'est pourquoi ce n'est qu'en m'appuyant sur les résultats d'une longue étude et sur une quantité de guérisons reconnues et pouvant être facilement contrôlées, que j'ose appeler votre attention sur un de ces médicaments trop vite abandonnés, sur l'acide chromique.

Ses applications médicales ont été jusqu'ici fort rares, à cause de la facilité avec laquelle il est absorbé, en présence d'une base alcaline, facilité qui le rendait susceptible de produire une véritable intoxication. On a dit souvent que la cautérisation par l'acide chromique était suivie de vomissements violents, de collapsus, enfin qu'elle provoquait des empoisonnements mortels, avec symptômes absolument cholériformes (A. Mayer).

Avant de m'étendre sur le rôle thérapeutique de ce corps, je rappellerai brièvement quelques-unes de ses propriétés physiques et chimiques.

L'acide chromique s'obtient par l'action de l'acide sulfureux sur une solution concentrée de chromate rouge. Il forme ces cristaux orangés bien connus, qui fondent facilement à l'air, et dont la solution aqueuse est un liquide d'un rouge jaunâtre. C'est un corps violemment oxydant; et, dans cet ordre, on peut citer parmi ses effets l'inflammation de l'alcool, de l'éther et de la glycérine, dont les composés détonnent avec explosion; aussi, lorsqu'on veut se servir de cet acide, doit-on éviter de le mettre en présence de substances facilement oxydables, ainsi que des combinaisons du chlore, du brome et de l'iode, avec l'hydrogène ou avec des métaux. Il cède facilement une partie de son oxygène à certaines substances organiques, dont la combustion a lieu alors avec rapidité, et il se transforme en hyperoxyde de chrome vert. Ce changement de nature lui retire presque complète-

ment ses propriétés toxiques, si bien que (selon Hanon) les effets de l'hyperoxyde de chrome seraient les mêmes que ceux du « magisterium bismuth ».

Envers l'albumine et ses solutions, l'acide chromique se conduit comme l'acide nitrique, c'est-à-dire que, même très dilué, il forme dans une solution un précipité abondant d'albumine. Il coagule aussi les mucosités, la salive et le tissu gélatineux des os.

Je me permets de vous rappeler ces détails, que je regarde comme très importants, parce qu'ils expliquent l'effet de l'acide chromique sur la membrane pituitaire.

Cette propriété est utilisée aussi pour la conservation et l'endurcissement des pièces anatomiques dont on veut garder la forme et la structure (substance du cerveau et des nerfs), ainsi que pour les pièces devant servir aux travaux d'histologie. L'acide chromique peut encore être considéré comme antiseptique, puisqu'il arrête la putréfaction du sang, des muscles et de l'urine. Selon Dougal, son effet sur les infusoires est plus considérable que celui de l'acide phénique ; aussi doit-on s'étonner en voyant que cette qualité a été complètement négligée jusqu'ici.

A l'intérieur, on n'a appliqué les chromates de potasse que dans les cas de syphilis invétérée (Bonnefont, Vincent, Heyfelder), et seulement comme essai. Récemment, le Dr O. Güntz, de Dresde, a publié une nouvelle méthode pour le traitement de la syphilis. Il exclut le mercure de la thérapeutique de la syphilis et le remplace par « l'eau chromique », eau qu'il fait préparer par un procédé particulier, comme une eau minérale carbonatée potassique, et qui, si l'on en croit ses expériences, serait un remède sûr contre la syphilis constitutionnelle. Le sel neutre a été aussi employé comme émétique ou comme expectorant analogue au tartre stibié, auquel il n'est pas d'ailleurs préférable.

Pour compléter cette esquisse, je dois encore faire remarquer, outre les effets aigus ci-dessus mentionnés, qu'on a observé un empoisonnement chromique chez les ouvriers des fabriques d'acide chromique, lorsqu'ils sont exposés à la poussière des christaux chromatés ou aux vapeurs qui s'échappent des solutions concentrées.

Il se développe chez ces individus une rhinite, à forme particulière, dont le dernier résultat est la destruction de la cloison des fosses nasales et la perforation complète de ses cartilages. Chose étrange, on prétend que les priseurs sont exempts de cette affection (Delpech-Hillairet). Souvent apparaissent en même temps des excoriations et même des plaies siégeant aux mains et aux pieds, et principalement sur les faces latérales des doigts et des orteils; ou bien des éruptions pustuleuses qui tendent à l'ulcération, surviennent aux bras, aux parties sexuelles et sur les côtés externes des jambes. Si l'ouvrier ne quitte pas son métier, il perd ses forces, maigrit et devient la proie de céphalalgies violentes, avec inflammation de la muqueuse pituitaire et des bronches, suivie de dyspnée. Dans quelques cas, Hillairet a observé au pharynx des ulcérations semblables aux ulcérations syphilitiques.

Quant à l'emploi de l'acide chromique à l'extérieur, les expériences faites jusqu'à maintenant peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

Appliqué sur la peau saine, l'acide la teint en jaune sans l'attaquer; mais la moindre excoriation donne lieu à une vive douleur et à des effets caustiques.

Pour cautériser un point quelconque, si l'on place sur ce point un peu de charpie recouverte d'acide chromique, la charpie se transforme en quelques secondes en une masse noirâtre, ressemblant à de la tourbe; en même temps il y a un vif dégagement de chaleur. La charpie produit alors sur les tissus l'effet du thermo-cautère; il se forme une eschare, dont l'élimination, qui va de la périphérie au centre, cemmence au bout de cinq à huit jours. La chute de l'eschare laisse une plaie en pleine suppuration.

Les solutions aqueuses concentrées, à la moitié ou au tiers, appliquées sur des condylomes, ne causent pas, comme on l'a prétendu, de vives douleurs. Les végétations se rétractent et tombent pour la plupart sans hémorrhagie. Elles disparaissent par la répétition du traitement et laissent une ulcération qui guérit bientôt, ou même ne laissent aucune trace.

Appliqué à l'état de pureté, l'acide chromique est un

puissant agent corrosif. Comme l'acide nitrique il produit une eschare jaunâtre, qui possède une certaine tendance à s'accroître et qui tombe en laissant une ulcération granuleuse.

Je reviendrai plus tard sur l'emploi de l'acide chromique en injection dans les tumeurs malignes.

Comme corrosif, il a été employé contre les condylomes et les papillomes, les verrues, le lupus, les carcinomes et les ulcères malins. On s'en est servi aussi dans la télangiectasie et les endurcissements de la partie cervicale de l'utérus. *Lewin*, tout en prévenant son action toxique, l'a utilisé pour toucher les fausses membranes de la diphtérie. Cet auteur ne se servait que de solutions faibles. On portait le médicament sur la partie à toucher, soit à l'aide d'une simple baguette de verre, à l'extrémité de laquelle se collaient les cristaux, soit avec une petite éponge ou un pinceau d'amiante. D'ailleurs on l'abandonna bientôt à cause des difficultés de son application, de la rapidité avec laquelle il fond, enfin et surtout par crainte de l'intoxication.

Ces difficultés sont-elles réelles? Ces craintes sont-elles justes? N'y a-t-il aucun bénéfice pour la rhinologie et la laryngologie à se servir de l'acide chromique? C'est ce que je vais rechercher, en m'appuyant sur des faits que je discuterai successivement.

Deux obstacles principaux s'opposaient à l'emploi général de cet excellent corrosif pour les affections de la muqueuse pituitaire : 1° l'incommodité du dosage et du procédé opératoire : 2° la crainte de l'intoxication.

Comme nous l'avons déjà dit, l'acide chromique en cristaux jouit de propriétés hygrométriques très prononcées; il fond facilement. De là son action inégale et l'extension de cette action à des points proches de ceux sur lesquels il a été déposé. Ces deux défauts tenaient à la méthode employée pour l'application du médicament et non au médicament lui-même, qu'on n'avait pas le droit d'abandonner sans avoir cherché un autre moyen de le porter sur les tissus malades.

Le procédé que je vais vous montrer à l'instant, Messieurs, me paraît sûr et réunit, je le crois, toutes les qualités qu'on peut en exiger : sur une lampe ordinaire, on

chauffe à l'extrémité d'une sonde d'argent un très petit fragment du cristal; ce fragment, présenté à la flamme successivement et avec précaution, perd son eau en crépitant légèrement, fond en une minute ou moins, et forme une masse gluante, épaisse, d'un brun foncé, qui se fige assez rapidement, en coiffant le bout de la sonde. Cet enduit homogène, semblable à la préparation inflammable des allumettes suédoises, est en couche plus ou moins épaisse, fortement attaché et ne s'émiette pas.

Si la chaleur a agi trop longtemps ou trop brusquement, la surface seulement du cristal se transforme en une couche verte, friable et poreuse, d'hyperoxyde de chrome, dépouillé de toute action corrosive.

Une sonde ainsi préparée étant laissée à l'air, l'acide chromique reprend son eau de cristallisation, fond et peut de nouveau être transformé par la chaleur.

Cette méthode permet donc, par le dosage facile de la quantité employée, le calcul du temps d'application et de la pression exercée, cette méthode permet de mesurer et de graduer à volonté la cautérisation.

D'après les expériences que j'ai poursuivies, il n'est pas rigoureusement nécessaire d'avoir une sonde d'argent; elle peut être remplacée, si l'on veut suivre exactement le procédé de chauffage que j'ai indiqué, par un petit bâton d'alpaca ou un fil de fer. On comprend cependant l'avantage qu'il y a à employer l'argent ou le platine, corps inoxydables. Un bâton de verre assez gros peut même servir pour cautériser le nez et le pharynx; mais la fragilité de cette substance en interdit l'emploi pour la partie supérieure du pharynx et le larynx.

C'est déjà, Messieurs, un des avantages de ma méthode de ne demander que des instruments fort simples : une sonde, un bâton de verre ou même une épingle étirée. On touche légèrement, ou bien on raie à plusieurs reprises la place que l'on veut cautériser. On voit paraître aussitôt une tache, ou des stries jaunâtres, qui s'élargissent peu à peu et conduiront ensuite à l'eschare.

Pour obtenir une cautérisation moins profonde, il suffit de plonger le bâton de verre dans le dépôt brun qui se fait au fond des flacons d'acide chromique. Ce

dépôt très aqueux est moins actif que la préparation privée d'eau.

Je voudrais maintenant appeler votre attention sur un fait très remarquable, c'est le peu de douleur produit par l'attouchement à l'acide chromique des muqueuses buccale et pharyngienne. Lorsqu'on touche une granulation de la paroi postérieure du pharynx, le malade n'accuse pas de douleur, mais seulement un goût métallique désagréable. Aucune douleur non plus, après la cautérisation des tonsilles, du palais et de la langue, ni après la cautérisation de la muqueuse pituitaire, si toutefois le dosage a été exact, si la main qui tient l'instrument est habile, enfin si l'on a pris certaines précautions dont je parlerai tout à l'heure.

Mais j'abandonne pour un instant la cautérisation, et j'en viens à l'examen de ces conséquences et de ces prétendues intoxications autour desquelles on a fait tant de bruit. En quoi consistent-elles et quelles en sont les causes? Sont-elles produites par l'action directe de la substance toxique ou par ses effets postérieurs sur l'estomac?

Dans mes premières expériences, la cautérisation du nez n'a jamais été suivie de symptômes d'empoisonnement, malgré l'application très énergique et la répétition de la cautérisation. Après chaque attouchement, il est vrai, je faisais dans le nez une injection d'eau pure, que je continuais aussi longtemps que l'eau conservait à sa sortie une teinte jaune. Chez un malade âgé, la destruction par l'acide chromique des débris d'un polype nasal amena, malgré mes précautions, des vomissements qui parurent deux heures après la cautérisation. Mais ce malade était atteint de catarrhe naso-pharyngien avec légère parésie du voile du palais, ce qui permettait à une partie des liquides injectés dans le nez de s'écouler dans le pharynx. Les vomissements étaient donc produits par l'arrivée d'une petite quantité d'acide chromique dans l'estomac. Cette action est d'ailleurs facilement neutralisée par une solution d'un sel de soude à 15 p. 100 que je faisais prendre au malade avant la cautérisation.

L'eau qui me servait à faire les injections ne contenait que 5 grammes de sel de soude pour 300 grammes d'eau.

Faites ensuite, les cautérisations n'étaient suivies ni de vomissements, ni de maux d'estomac, et grâce aux mêmes précautions je n'eus pas à redouter ces accidents après les applications d'acide chromique dans le larynx et le pharynx. Mais lorsqu'on a touché ce dernier organe ou la bouche, il faut recommander au malade de ne pas avaler sa salive et de se rincer la bouche avec une faible solution sodique, jusqu'à ce que cette solution ne soit plus teintée en jaune à la sortie de la bouche. Il faut aussi attendre au moins deux heures à partir de l'opération avant de boire ou de manger, pour éviter l'absorption de la petite quantité d'acide qui est encore attachée à l'eschare.

Outre l'observation de ces règles, le malade touché au larynx doit immédiatement tousser et expectorer les crachats. En observant ces précautions, et en appliquant la préparation comme je l'ai dit plus haut, il est rare d'avoir des symptômes d'intoxication, vomissements ou maux d'estomac. Quant à l'action tardive du médicament sur l'intestin, action qui se manifeste par des diarrhées, il ne m'a pas été donné d'en voir jusqu'ici, même après des cautérisations répétées.

Toutefois, si ces divers accidents, vomissements réitérés et diarrhées débilitantes, se produisaient chez quelque malade excessivement irritable (ce que certains auteurs prétendent avoir vu), il évident qu'il faudrait suspendre l'emploi du remède.

Chez les petits enfants, qui ne savent pas se gargariser, il faut se garder d'introduire de l'acide chromique dans le pharynx et le larynx; mais on pourra le faire dans le nez, les enfants même supportant les injections dans ses cavités.

Ainsi, selon mes expériences, la seule action nuisible que l'on puisse reprocher à l'acide chromique est ce vomismissement qui arrive quelquefois chez certains malades seulement. Je crois donc avoir établi qu'il n'est point produit par une intolérance spéciale, mais qu'il n'est que la conséquence du peu de précautions qu'ont pris les malades après la cautérisation.

Un tel évènement n'est certes point un malheur, et il est loin d'être suffisant pour interdire l'emploi d'un caus-

tique rapide, énergique, qui ne cause pas la moindre douleur.

Même en faisant des injections de solutions d'acide chromique dans le parenchyme des glandes, pour un cas de lympho-sarcome des deux amygdales, bien que les injections aient eu lieu deux fois par semaine, je n'ai obtenu que la nécrose désirée et n'ai vu paraître aucun phénomène d'intoxication; chaque injection était de cinq gouttes d'une solution au centième.

Après cet aperçu général de la méthode à suivre et des précautions à observer pour l'usage de l'acide chromique, je vous donnerai un résumé des cautérisations faites avec ce *caustique.*

(A suivre.)

COMPTE-RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 9 Avril 1884.

Présidence du Dr GARRIGOU-DÉSARÈNES.

Le procès-verbal de la séance précédente est adopté.

M. le Président annonce que M. le Maire a accordé gracieusement la salle de la Mairie du premier arrondissement pour y tenir les séances de la Société, et propose de lui voter des remerciements. — Adopté à l'unanimité.

M. le Dr BARATOUX, Secrétaire, lit son rapport sur l'exercice 1883-84 :

« En fondant, il y a un an, la Société Française d'Otologie et de Laryngologie, nous ne pensions pas qu'elle eût pris un développement aussi rapide. En effet, au début notre réunion ne comptait qu'une trentaine d'adhérents et aujourd'hui elle se compose de quatre-vingts membres. En outre, un grand nombre de nos collègues nous

ont apporté dans le cours de l'année le fruit de leurs travaux.

» Le Dr Nouet a lu une observation de syphilis héréditaire tardive de la gorge avec otite moyenne concomitante.

» Le Dr Koch a présenté un fragment d'os resté pendant quatre-vingts jours dans la trachée d'un de ses malades.

» Le Dr Moure a communiqué une observation de laryngite sèche et une autre de fracture probable des osselets de l'oreille par violence indirecte.

» Le Dr Delie a lu un mémoire sur le spasme pharyngo-laryngé.

» Le Dr Ménière a rapporté un cas de rhumatisme à début auriculaire.

» Le Dr Blanc a fait une étude sur les kystes du larynx.

» Le Dr Baratoux a présenté quelques faits relatifs à l'étude des tumeurs adénoïdes.

» Le Dr Schiffers a présenté un aryténoïde nécrosé rejeté pendant la vie,

» Le Dr Gellé a lu une communication sur le vertige auriculaire en rapport avec l'angine rhumatismale.

» Le Dr Moura a rapporté une observation relative au mécanisme de la déglutition.

» Le Dr Hering a cité une série de cas de corps étrangers qu'il a observés dans le larynx et l'œsophage.

» Le Dr Garel a présenté un larynx artificiel, et le Dr Baratoux des appareils pour la galvanocaustie chimique de l'oreille.

» Le Dr Berthold a enfin communiqué une étude sur l'autophonie, dont la discussion est en tête de notre ordre du jour, ordre du jour chargé, et qui vient affirmer une fois de plus que notre Société est en pleine activité, grâce au concours de nombreux confrères qui n'ont d'autre but que d'étudier en commun les maladies de l'oreille, du larynx et du nez, et de nouer entre eux des relations amicales qui ne tarderont pas à se développer davantage, lorsque tous nos collègues auront compris l'importance de nos réunions. »

M. le Dr Ménière, Trésorier, fait ensuite connaître l'état des finances, de la Société qui sont loin de péricliter ;

« Dans l'année 1883-84, le Trésorier a reçu 1035 francs.

» Les dépenses se sont élevées au chiffre de 510 fr. 80. Il reste donc, pour l'année 1884-85, un actif de 524 fr. 20, sans compter les cotisations de l'année courante. »

Modifications de l'art. 3 des Statuts. — Sur la proposition du Comité, l'Assemblée supprime les titres de membres honoraires et correspondants.

Elle décide ensuite que la Société ne se composera que de deux sortes de membres :

1° Membres titulaires français;

2° Membres titulaires étrangers.

La modification de cet article entraîne la suppression des articles 6, 7 et 18 des Statuts.

Modifications de l'art. 17. — L'article 17 est modifié ainsi qu'il suit :

Le prix de la cotisation annuelle est fixé à 15 francs pour tous les membres.

Modifications de la composition du Comité. — Le Comité propose de modifier l'article 9 des Statuts ainsi qu'il suit :

Le Comité sera composé de cinq membres résidants à Paris, de deux membres de province et de deux membres de l'étranger. — Adopté.

Modifications de l'article 10 du Règlement. — Le manuscrit de tout mémoire doit être écrit en français et ne pas excéder 10 pages environ des *Bulletins.*

La liste des candidats proposés comme membres honoraires et correspondants est acceptée par l'Assemblée à la condition qu'ils prendront le titre de membres titulaires étrangers.

La Société procède ensuite à l'élection de trois délégués, pour la représenter, un au Congrès Otologique de Bâle et deux au Congrès de Copenhague, dans les sections d'Otologie et de Laryngologie.

M. Gellé est désigné pour Bâle; MM. Boucheron (Otologie) et Moure (Laryngologie) pour Copenhague.

L'ordre du jour appelle ensuite la discussion sur l'article du Dr Berthold, de Kœnigsberg, sur l'autophonie (1).

M. Moure (de Bordeaux). — Je dois avouer que j'ai lu, non sans étonnement, la communication de notre confrère, M. Berthold, qui me semble d'abord soutenir un véritable paradoxe, lorsqu'il dit que l'autophonie ne s'observe que dans les cas d'obstruction de la trompe et qu'elle est due à ce que les lèvres de ce conduit sont tellement tuméfiées qu'elles ne peuvent rester accolées; s'écartant alors l'une de l'autre elles gênent le fonctionnement naturel de ce conduit qui est d'être fermé à l'état normal.

« On comprendra, dit-il, que la trompe devienne perméable lorsque la muqueuse est gonflée! » Si, comme le dit l'auteur, l'autophonie était le résultat de la béance de la trompe, ce phénomène devrait s'observer, à un très haut degré, chez certains scléreux dont les trompes sont tellement larges, par suite de l'atrophie de la muqueuse, que c'est à peine, dans quelques cas, si les deux lèvres se touchent à l'état normal. Enfin, si l'autophonie était due à la béance de la trompe, ce phénomène ne devrait pas s'observer dans d'autres cas; or, tout le monde sait que l'autophonie existe parfois à un très haut degré dans les cas de bouchons de cérumen. Je crois plutôt qu'il faut rapporter ce phénomène à un état d'hyperesthésie fonctionnelle occasionnée soit par l'inflammation, soit par la présence d'un corps étranger dans le conduit.

M. Ménière. — On peut également produire l'autophonie en tiraillant la chaîne des osselets par le simple procédé de Valsava.

M. Noquet. — Comme M. Moure, je crois que l'autophonie est fréquente dans les cas de bouchons de cérumen, et elle disparaît alors après leur ablation. Elle résulte, à mon avis, de l'obstacle apporté par le corps étranger à l'écoulement des ondes sonores au dehors.

M. Boucheron. — M. Boudet de Paris considère que dans les cas d'obstruction tubaire ou de bouchons de cérumen l'air emprisonné joue le rôle de caisse de résonnance.

(1) Voir *Revue mens. de Laryngol.*, etc., no 4, 1er Avril 1884, page 131.

M. Garrigou-Désarènes. — Un malade atteint d'une otite moyenne catarrhale subaiguë éprouvait une autophonie très pénible pendant un exercice assez violent, au moment où il sentait quelques bulles d'air arriver dans la caisse; il ne faisait cesser ce bruit qu'en faisant un violent effort d'inspiration par le nez, la bouche étant fermée.

M. Ménière. — Je ferai observer qu'il ne peut y avoir de caisse de résonnance que si le tympan est porté en dehors.

M. Baratoux. — M. Berthold dit, en terminant son article, que jamais on n'a observé d'autophonie dans un cas où la caisse aurait été pleine de liquide. Je dois avouer que, pour ma part, je ne saurais être aussi affirmatif, ayant en ce moment un malade chez lequel l'autophonie existait à un très haut degré et était occasionnée par la présence de liquide dans la caisse.

M. Gellé. — Puisque l'on parle de tous les cas où l'autophonie peut se produire, je crois qu'il faut admettre qu'elle peut être le résultat de la compression et de l'hyperesthésie acoustique, et que ce phénomène peut être modifié de différentes manières, tantôt par une douche d'air et tantôt par une perforation, suivant les cas. Cependant, deux facteurs me paraissent nécessaires pour produire l'autophonie : ce sont une caisse de résonnance et une hyperesthésie fonctionnelle. J'observe en ce moment un malade, qui en poussant simplement de l'air dans sa trompe produit ainsi non de l'autophonie, mais du vertige, et cependant l'air circule facilement dans ses trompes, à cause de l'atrophie de la muqueuse par sclérose des trompes et des fenêtres, cette dernière empêchant la trop grande sensibilité du nerf acoustique.

M. Garrigou-Désarènes. — On peut aussi observer de l'autophonie d'origine congestive au moment où l'air, poussé fortement, pénètre dans la caisse qu'il remplit. La congestion de la muqueuse de la trompe d'Eustache, rendant cet organe meilleur conducteur du son, la voix vient retentir dans la caisse, en suivant les parois momentanément indurées des trompes; et si, en ce moment, la caisse est remplie d'air par l'atrésie de la trompe, l'autophonie peut se produire. Le malade peut souvent la faire cesser en diminuant la pression

de l'air dans la caisse par l'inspiration forcée, la bouche et le nez tenus fermés.

M. Bayer. — On peut facilement obtenir une autophonie artificielle en se bouchant les oreilles avec les doigts.

M. Gellé. — Ou en se couchant sur une oreille après un repas copieux.

(A suivre).

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Epithélioma de l'oreille externe *(Epithelioma of the external Ear)*; par le Dr Bowlby.

Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, atteint d'un petit polype situé au niveau de l'helix de l'oreille droite, attribué à une brûlure. La tumeur grossit peu à peu et fut même enlevée; mais elle récidiva et le microscope révéla sa nature épithéliale. Le Dr Roger (Williams) fait observer combien sont rares les épithéliomas de l'oreille externe, qui sont surtout une affection du sexe masculin. Le Dr Clutton a observé une tumeur analogue qui fut prise pour un lupus rodens. *(Patholog. Soc. of London, et the Lancet,* 8 mars 1884.)

Otite moyenne purulente double. — Ostéite des apophyses mastoïdes et de la région des rochers avoisinant les caisses. — Pus dans les labyrinthes *(Pièces pathologiques recueillies sur un sujet mort de méningite cérébro-spinale)*; par le Dr Noquet.

Chez un jeune soldat du train des équipages, entré à l'hôpital militaire de Lille le 22 novembre 1879, M. Cuignet ne constata que les signes d'une otite moyenne purulente double avec perforation des tympans.

L'affection de l'oreille gauche remontait à plusieurs années, l'autre était postérieure à l'incorporation. Deux jours après, le malade mourait avec tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale, dont MM. Cuignet et Kelsch retrouvèrent à l'autopsie toutes les lésions. D'un autre côté, les caisses du tympan offraient les traces d'une inflammation suppurative

et d'une large perforation; le tissu osseux avoisinant et les cellules mastoïdiennes présentaient de l'ostéite. On trouvait du pus dans les vestibules et autour des nerfs acoustiques et faciaux, enflammés eux-mêmes. Les limaçons étaient injectés. En présence de ce cas et des résultats de l'autopsie, on est immédiatement tenté d'admettre que l'affection des oreilles constatée avant l'explosion des accidents graves a été le point de départ de tout le cortège pathologique.

D'autre part, si l'on se rappelle que des lésions analogues de l'appareil auditif ont été constatées par plusieurs observateurs chez des sujets morts de ménigite cérébro-spinale épidémique, ne peut-on pas supposer que le malade en question a été frappé par un cas sporadique de cette dernière affection ?

Dans cette seconde hypothèse, les lésions préexistantes de l'oreille moyenne ne jouent plus aucun rôle. Il faut admettre qu'elles se sont simplement aggravées sous l'influence de la méningite cérébro-spinale, en même temps que cette influence faisait naître l'ostéite du rocher et l'inflammation du labyrinthe. (Extrait du *Bulletin médical du Nord*, février 1880.)

A. Ducau.

De l'inflammation de l'apophyse mastoïde et du traitement de l'otorrhée par les insufflations de poudres *(Mastoïd inflammation, and the treatement of otorrhœa with powders by insufflations);* par le Dr Warden.

Le Dr Warden affirme que, dans bien des cas, malgré toutes les apparences d'inflammation de l'apophyse mastoïde, la trépanation est inutile, un traitement approprié pouvant faire disparaître tous les symptômes mastoïdiens. Il conseille, dans ce cas, de faire une application de solution de nitrate d'argent concentrée, et au besoin d'appliquer des sangsues et faire des fomentations chaudes. Cet auteur pense, en outre, que le traitement des otorrhées par des insufflations pulvérulentes est susceptible d'occasionner des complications mastoïdiennes. (*Midland med. Soc.*, 20 février 1884.)

Contribution à l'étude du diagnostic du siège des maladies de l'oreille interne (*Contribuzione alla diagnosi di sede della malattie dell orechio interno)*; par le Dr G. Paladino.

L'auteur pense que pour savoir si, dans un cas de maladie

de l'oreille externe ou moyenne, le labyrinthe est intéressé, il faut savoir comment se fait la transmission de la voix parlée à travers les os du crâne, et il emploie à cet effet un phonophore (fonifero) dont le dentophone et l'audiphone ne sont qu'une modification. (*Rivista clinic. terapeut.*, n° 3, mars 1884.)

La Rhinite des ouvriers soudeurs de boîtes de conserves (*In Philadelphia medical and surgical Report*, Juin 1883); par W. Stump Forwood.

C'est dans les canneries, chez les ouvriers qui ferment les boîtes de conserves, que cette maladie a été signalée.

Il s'agit d'une rhinite ulcéreuse pouvant donner lieu à une perforation de la cloison. Le sel muriatique, que l'on emploie pour la soudure des couvercles, donne lieu à un dégagement de buées acides très caustiques, au moment où l'on passe le fer au rouge sur l'alliage à souder. Ces vapeurs chlorhydriques, soit seules, soit à l'état de combinaison avec le plomb que contient l'alliage, montent au visage et pénètrent dans les narines des ouvriers. Pour se préserver, ceux-ci ont soin de se tenir au vent des buées et de s'oindre les narines avec une substance oléagineuse.

Rappelons ici que la rhinite perforante d'origine professionnelle a été rencontrée chez les ouvriers chromateurs exposés à l'action du bichromate de potasse (Delpech); chez les ouvriers exposés à l'inhalation des poussières arsenicales (Rollet); plus rarement chez les ouvriers chaufourniers exposés à l'action de la chaux; et enfin chez les ouvriers décapeurs de zinc exposés à l'action du chlorure de zinc contenu dans les buées qui s'élèvent des plaques sur lesquelles on a projeté du sel ammoniac. (*Revue Sanitaire de Bordeaux*, N° 7, 1884 — Layet.)

De la présence des parasites animaux dans le larynx
(*Zeitschrift für Klin. Med.*, VI, 6); par Mosler.

Mosler recueille dans la littérature les cas où des vers d'espèces différentes, et surtout des ascarides, sont parvenus dans le larynx et y sont devenus, selon l'expression de A.-V. Haller, *manifesti suffocationis auctores*.

La marche des phénomènes s'est le plus souvent montrée

très rapide; chez les enfants, ils ne durent guère plus de quelques minutes. Le diagnostic devra porter sur la présence de corps étrangers; dans les trois cas où la laryngotomie, ou trachéotomie, fut faite, l'on ne trouva pas le vers, qui pourtant était logé dans les voies aériennes. Néanmoins, Mosler recommande de pratiquer l'ouverture chirurgicale des voies aériennes dès que les vomitifs (spécialement l'apomorphine) qui peuvent, selon lui, suffire à expulser des petits vers, seront restés sans résultat. (*Centralbl. für die medic. Wissensch*, n° 44, 1883.)

GORIS.

Du spasme des muscles respiratoires (*Zeitschrift für Klin. Med*)., VI, p. 550); par F. RIEGIEL.

Un garçon de quatorze ans fut atteint de singuliers spasmes des muscles expirateurs, se déclarant sous forme d'accès; il les avait ressentis après être tombé à l'eau en hiver. Ils se déclaraient tantôt spontanément, sans inspiration préalable; tantôt des expirations courtes et bruyantes plusieurs fois répétées succédaient à une inspiration normale. Ces spasmes existaient depuis un an; Riegiel les regardait comme de nature hystérique. Ils guérirent par un traitement purement normal. (*Centralbl. f. die med. Wissenschft*, n° 44, 1883.)

GORIS.

Contribution à l'étude de la sténose de l'œsophage et des bronches par des glandes tuberculeuses engorgées; par le Dr HOFMOKL.

Deux cas; dans le premier, où l'œsophage est comprimé par des glandes, un morceau de pomme de terre, qui ne passe pas dans le point rétréci, produit également une compression de la bronche droite. La mort par asphyxie ne peut être empêchée ni par le sondage, ni par la trachéotomie inférieure.

Le second malade, atteint de sténose cicatricielle de l'œsophage, mourut de tuberculose générale.

Ce sont des cas rares, malgré tout ce qu'on en a écrit. Le diagnostic ne peut être posé que rarement et lorsque la maladie est très avancée. Le traitement est restreint au sondage et à une nourriture fortifiante. (*Archiv. fur Kinderheilk.* Bd. IV, Hft. 3-4. *Centralbl. f. Klin. Medicin.*, n° 33, 1883.)

L. B.

Goître; mort par suite de paralysie des cordes vocales;
par Seitz.

Une dame de vingt ans, atteinte d'un goître peu volumineux, meurt subitement la nuit, suffoquée, après avoir eu une toux caverneuse qui faisait supposer une lésion du récurrent. L'examen laryngoscopique aurait dû avoir lieu le lendemain; c'était à cause du temps sombre qu'il fut reculé! L'autopsie ne démontre rien de remarquable; pas de ramollissement ni de relâchement de la trachée; une légère sténose occasionnée par le corps thyroïde. Le récurrent gauche est plus volumineux que le droit, et un peu aplati entre le thyroïde et la trachée. Pas d'altération microscopique. L'auteur croit à une paralysie du récurrent. Les dilatateurs, dont les fibres auraient souffert par la pression de la glande, n'auraient pu résister aux constricteurs, qui peut-être étaient eux-mêmes aussi en état de contraction spasmodique, et la suffocation en fut la conséquence.

L'auteur cite des cas analogues survenus après la coqueluche; il signale les rapports qu'offrent, avec les faits précédents, les cas de spasme de la glotte des adultes et la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs observés après les maladies infectieuses, le spasme de la glotte phonique, respiratoire et coordonnateur. (Communication de quelques observations de ce genre.) La paralysie des cordes vocales occasionnée par le goître a été fréquemment observée, ainsi que la blessure du récurrent après leur extirpation.

L'auteur discute enfin les différentes méthodes, les dangers et les suites éventuelles du traitement des goîtres, champ vaste qui contient encore beaucoup d'inconnu et d'obscur. (*Archiv. für Klin. chir.*, Bd XXIX, Hft 1 et 2. *Centralbl. f. Chir.*, n° 5, 1884.)

Bayer.

Ganglions trachéo-laryngiens; par M. Gouguenheim.

M. Gouguenheim fait une communication à l'effet : 1° de décrire les ganglions trachéo-laryngiens; 2° d'expliquer que le spasme ou bien la paralysie que l'on observe si souvent dans la tuberculose ou dans le cancer du larynx, doivent être attribués à la compression des récurrents par les susdits ganglions considérablement hypertrophiés.

M. Gouguenheim, sur le premier point, semble croire qu'il a découvert que les ganglions trachéo-laryngiens forment trois amas ou groupes : *un inférieur*, dit-il, *qui se confond avec les ganglions médiastinaux*, un moyen et un supérieur.

Cette division, qui correspond à l'extrémité inférieure, moyenne et supérieure, du *chapelet ganglionnaire jugulaire*, ainsi qu'au *chapelet ganglionnaire trachéal* des auteurs, ne présente rien de nouveau. L'auteur eût pu cependant lui donner une forme plus précise en disant que le groupe inférieur se continue avec les ganglions du médiastin *antérieur*, et non, comme il l'avance, avec les ganglions *médiastinaux*, par cette raison bien simple que les ganglions du médiastin *postérieur* ne communiquent pas directement avec le groupe trachéo-laryngien.

Sur le second point, M. Gouguenheim émet une hypothèse que rien ne justifie. Il nous paraît difficile d'admettre que de petits ganglions tuméfiés puissent provoquer, par compression, l'exaltation ou la disparition des fonctions nerveuses. On n'a qu'à considérer ce qui se passe en d'autres points du corps où les engorgements ganglionnaires laissent intactes les fonctions nerveuses. On n'est pas autorisé, dans tous les cas, à comparer la gêne possible qu'amène la tuméfaction d'un ganglion à la compression exercée par une tumeur solide ou un anévrysme de l'aorte, par exemple.

Selon notre humble avis, M. Gouguenheim eût été dans le vrai si, s'inspirant des lois élémentaires de la physiologie, il eût simplement attribué les phénomènes de spasme et de paralysie aux troubles des impressions reçues par les extrémités terminales des nerfs récurrents dans un milieu profondément modifié (muscles et articulations) par le tubercule ou le cancer.

M. Gouguenheim fournit lui-même un argument favorable à cette manière de voir lorsque, pour prouver autre chose, il dit :

« Ces cas de spasme ont aussi été décrits sous le nom de paralysie des dilatateurs ; mais la possibilité d'écartement des lèvres de la glotte et de diminution et même de cessation des bruits laryngiens, au moment même de l'inspiration, sous l'influence des anesthésiques, semble devoir écarter l'hypothèse paralytique. »

Il est évident pour tous que l'anesthésie ne peut faire

disparaître un phénomène de compression par un corps solide, et que, par conséquent, si le spasme ou la paralysie disparaissent pendant l'anesthésie, c'est que ces phénomènes sont sous la dépendance d'un trouble de la sensibilité réflexe ou autre, c'est-à-dire sous la dépendance de l'impression maladive ou anormale reçue par les nerfs dans le milieu laryngien. (*Revue méd. franç. et étrang.*, n° 9, 1884.)

Des rapports physiologiques qui existent entre la glande thyroïde et la rate; par A. S. Tauber.

L'auteur, ayant fait des expériences sur différents animaux pour constater si le thyroïde pourrait remplacer la rate, comme Tiedemann, Credé et Zesar le supposaient, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° On doit regarder la rate comme un des principaux réservoirs du sang;

2° Il n'y a pas de rapport physiologique entre la rate et le thyroïde;

3° Les animaux d'âge moyen supportent la splénotomie bien plus facilement que les vieux animaux;

4° Les animaux dont la rate est extirpée sont toujours bons pour la reproduction;

5° L'absence de rate n'a aucune influence sur la digestion des animaux;

6° Les animaux devenaient fort anémiques après la splénotomie; la quantité absolue et relative des globules blancs augmentait considérablement; la grandeur et le nombre des globules rouges diminuait. (*Medizinski West.*, n° 39, 1883. *Centralbl. für Chir.*, n° 52, 1883.)

Bayer.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu la réclamation suivante, que notre impartialité nous fait un devoir de publier :

Quelques observations sur la modification apportée par M. le Dr Garel à mon laryngo-fantôme, par le Dr Charles Labus, de Milan.

« Le numéro du mois de Mars de cette année de la *Revue* contient une communication du Dr L. Garel sur un laryngo-fantôme qu'il a présenté à la

séance du 24 janvier de la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans laquelle il dit que son appareil est un *perfectionnement* du mien.

» Perfectionner un appareil, c'est le simplifier dans sa construction en n'atténuant en rien ses effets, ou, par des additions ou complications, obtenir des résultats meilleurs, ou le faire mieux correspondre au but que l'on recherche.

» Mon laryngo-fantôme est un conduit métallique qui, par sa courbure et par ses dimensions, imite le canal bucco-pharyngo-laryngien dans la position exigée pour la laryngoscopie. L'orifice supérieur, qui correspond à la bouche, est pourvu d'une soupape qui reste soulevée par un crochet. Un électro-aimant — dont l'hélice a un bout qui se perd dans les parois du conduit et l'autre qui finit à une vis — peut déplacer le crochet et par conséquent laisser libre la soupape qui, tombant de son poids, ferme l'orifice buccal A l'extrémité inférieure du conduit, correspondante au larynx, se trouve latéralement une fente horizontale par laquelle on introduit un petit tiroir renversé. Le fond de ce tiroir est formé par deux plaques métalliques reliées par une charnière — figurant deux feuillets d'un livre — et présente dans son milieu un trou, d'ampleur et de configuration pareilles à la glotte dans l'inspiration. Enfin, l'appareil est fixé sur un support que l'on peut allonger ou raccourcir.

» Je ne crois pas qu'on puisse simplifier davantage cet appareil sans nuire à son but.

» Voyons maintenant quel est ce but :

» Si l'on veut s'en servir pour de simples exercices de laryngoscopie (comme ceux que l'on fait avec les laryngo-fantômes d'Oertel et de Isenschmid), il n'y a qu'à placer sur le tiroir une image laryngoscopique coloriée et l'élève pourra, spécialement s'il se sert pour l'éclairage du réflecteur frontal, s'habituer au maniement combiné de celui-ci avec le miroir pharyngien.

» Si l'on veut qu'il s'exerce à toucher, sur le guide du laryngoscope, un point du fantôme désigné d'avance, il est également évident qu'il peut le faire aussi bien avec le mien qu'avec ceux de Waldenburg, Tobold, Oertel.

« Mais si je mets en communication un pôle d'une pile électrique avec la vis où se rend un des bouts de l'hélice de l'électro-aimant, et l'autre pôle avec une pince laryngienne, j'atteins un but auquel on ne peut arriver avec les laryngo-fantômes des auteurs ci-dessus nommés. *Mon appareil alors est rendu sensible et j'obtiens les réflexes que l'on a sur le vivant*. Et voici comment :

» Je fixe entre les deux plaques métalliques du fond du tiroir un morceau de papier, de manière à ce qu'une partie soit en évidence dans le point voulu de la glotte — comme si c'était un polype ou un corps étranger. — L'élève éclaire le fond du gosier, y applique le miroir pharyngien de façon à avoir la vue du trou glottique où se trouve le papier qu'il doit, *dès ses premiers exercices*, essayer d'enlever. Il faut donc qu'il apprenne à aller jusqu'au point désigné, qu'il ouvre les branches de l'instrument et qu'il saisisse le papier sans toucher nulle part, car au moindre frôlement le courant électrique s'établit, l'électro-aimant fonctionne, la soupape tombe et ôte la vue du miroir pharyngien ; l'opération est manquée. L'élève est obligé de retirer instrument et miroir, de soulever de nouveau la soupape et de recommencer l'exercice. Il est bien évident que, pour celui qui sait manœuvrer habilement la pince à la profondeur des cordes vocales et dans un

espace aussi limité que celui de la glotte, toute opération dans un espace plus large et moins profond (dans le vestibule laryngien ou dans le pharynx, par exemple) devient un jeu.

» La modification apportée par M. Garel à mon laryngo-fantôme consiste à avoir substitué au tiroir un larynx moulé sur le cadavre qui présente, en huit points divers, de petites plaques rondes, en cuivre, de 2 millimètres de diamètre. Ces plaques sont montées chacune sur une tige conductrice cachée dans l'intérieur de la composition dont est formé le larynx artificiel. Toutes ces tiges, isolées les unes des autres, viennent sortir à la partie antérieure du larynx. Chacune porte une plaque numérotée répondant à un numéro d'ordre indiqué sur une image glottique placée en avant de l'appareil. On peut alors à son choix articuler avec une sonnerie électrique telle ou telle région parfaitement définie. Si l'on introduit la sonde — reliée à la pile par un conducteur — avec succès sans faire basculer la valve buccale, on arrive sur le larynx; mais pour entendre la sonnerie électrique, il faut parvenir à toucher exactement le point désigné d'avance.

» Ce larynx moulé est mobile et peut être remplacé par un autre larynx dans lequel sont creusées des petites cavités cylindriques. Dans ces cavités on peut introduire des tumeurs artificielles très différentes de volume. Ce sont des espèces de clous à tête plus ou moins grosse, formés d'un mastic résistant. Ces polypes simulés peuvent être enlevés avec les pinces laryngiennes.

» Avec cette substitution, M. Garel « croit être arrivé à construire un
» appareil aussi complet que possible, permettant mieux que tous ceux
» connus déjà non seulement d'arriver à toucher un point précis du larynx,
» mais encore de fournir au professeur et à l'élève un contrôle rigoureux
» de la rapidité de l'opération. »

» Or, je demande si l'élève, avec mon laryngo-fantôme, s'exerce et réussit, sans faire réagir l'appareil, à enlever le morceau de papier fixé sur un point déterminé de la glotte, s'il n'est pas évident qu'il a dû *toucher le point précis désigné d'avance*, et par le fait même de la réussite plus ou moins prompte, si l'on n'a pas la preuve de l'adresse de l'élève, et si le professeur n'a pas aussi le *contrôle rigoureux de la rapidité de l'opération ?*

» Dans ce cas, le but que M. Garel croit avoir atteint ne l'était-il pas déjà avec mon laryngo-fantôme dans sa construction originaire? (1)

» Je conclus donc que, avec la modification Garel, mon appareil n'est en rien simplifié et ne répond pas davantage à son but, et qu'une telle modification, loin d'être un perfectionnement, n'est qu'une complication inutile.

» Or, une complication inutile suffit-elle pour que le *laryngo-fantôme Labus* perde le nom de son inventeur et devienne le *laryngo-fantôme Garel*, ainsi qu'il a été annoncé dans ce journal, page 96?

(1) Mon laryngo-fantôme a été inventé en 1878, et, dans le mois d'août de la même année, je l'ai fait connaître au public (Voir *Annali Universali di medicina.* — Milano, agosto 1878). Dès lors je conseillais aux élèves les exercices avec la pince laryngienne. Un rapport exact en a été donné dans le *Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Kehlkopf*, etc. (Berlin, novembre 1878), et dans le numéro I, 1879, des *Annales des maladies de l'oreille, du larynx* (Paris). Du reste, pour ceux qui trouvent mon appareil trop schématique, je fais observer que depuis 1881, j'ai construit un laryngo-fantôme où la bouche, le pharynx et le larynx sont moulés sur le cadavre (Voir *Archivii Italiani di laryngologia.* — (Napoli, luglio 1881). — *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie*, etc. (Paris, décembre 1881).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

THÉRAPEUTIQUE

Le Byrrh au vin de Malaga.

Depuis quelques années, l'industrie des liquoristes a versé dans la consommation un nombre vraiment considérable de produits nouveaux. Il n'est pas de jours où sur les murs nous ne voyions apparaître ces affiches multicolores où se trouvent exaltés les mérites et les hautes vertus des préparations de ce genre. Les noms les plus extraordinaires et les plus extravagants les signalent à l'attention; les réclames les plus charlatanesques en font des panacées universelles. Toutes ces préparations ont la prétention d'être des toniques, toutes veulent jouer le rôle des médicaments dits *apéritifs*, c'est-à-dire de ces médicaments qui peuvent augmenter l'appétit et faciliter les fonctions digestives. Dans cette situation, la science hygiénique a donc le droit et surtout le devoir d'examiner la valeur réelle de ces productions, de dire son mot, de rechercher si leur usage répond à un besoin réel, et s'il ne peut devenir une source de maladies plus ou moins sérieuses.

Un premier fait est digne de remarque. Il est bien certain que dans l'état de civilisation où nous vivons aujourd'hui, avec notre vie cérébrale menée à toute vapeur, avec nos occupations intellectuelles si nombreuses, avec nos tracas, nos soucis, notre désir de parvenir, notre ambition, et — disons-le — aussi notre peu de mesure en toutes choses, nous sommes tombés pour la plupart dans un état d'anémie plus ou moins marqué. Il est bien certain aussi que cette vie cérébrale exagérée, que cet état d'anémie a son contre-coup vers les fonctions végétatives, et plus particulièrement, sans contredit, vers les fonctions digestives. De là cette diminution de l'appétit; de là cette difficulté de digestion, ces troubles de l'estomac dont un si grand nombre de personnes sont atteintes de nos jours. De là aussi cette tendance à rechercher l'usage des préparations soit hygiéniques, soit pharmaceutiques, qui, tout en nous donnant une certaine tonicité, stimulent notre appétit et facilitent les actes intimes de la digestion. Il ne faut pas chercher ailleurs, croyons-nous, cette tendance, car nous ne parlons pas ici de ceux-là qui, sous prétexte de prendre une substance apéritive, se livrent purement et simplement à l'alcoolisme; ceux-là sont des gens vicieux, et rien de plus.

Le fait nous paraît donc certain : de nos jours bon nombre de personnes ont besoin de stimuler leur appétit, de faciliter leur digestion, de faire usage de préparations à la fois réparatrices, toniques et apéritives. S'il en est ainsi, il appartient au médecin de rechercher les conditions qui feront de telle ou telle autre préparation de ce genre une liqueur utile, agréable, sans inconvénient pour la santé, et de signaler sans détour celle qui atteindra plus heureusement le but cherché.

Avant toute chose, il faut dire que la préparation en question ne doit pas être à base d'alcool. Nous n'avons pas à insister longuement sur cette particularité. On sait, en effet, que les alcooliques vrais, mis en contact avec l'estomac, et surtout avec l'estomac à l'état de vacuité, ont pour effet de déterminer une irritation réelle de la muqueuse stomacale, d'entraver la sécrétion du suc gastrique et d'aboutir rapidement à la gastrite des alcooliques. On sait aussi que leur usage fréquent et prolongé amène à sa suite l'alcoolisme chronique avec ses retentissements si grands sur le foie, sur le cœur, sur le poumon, sur le cerveau même. Dans nos salles d'hôpital, dans nos asiles d'aliénés, combien est grand le nombre des malheureux qui doivent à l'usage des alcooliques les maladies funestes dont ils sont atteints !

En second lieu, si les préparations apéritives veulent constituer des boissons hygiéniques vraiment utiles et sans danger, elles ne doivent contenir aucune de ces substances qui ont une influence nuisible sur l'estomac et surtout sur le système nerveux. C'est dire que dans leur composition ne doivent pas entrer *ni la strychnine*, *ni l'absinthe.* Qui ne sait, en effet, combien l'absinthe est nuisible à la santé ? Les recherches des médecins expérimentateurs ou cliniciens ont depuis longtemps montré que la liqueur d'absinthe, dont on fait malheureusement un si grand abus de nos jours, est un poison des plus dangereux; que son action sur le cerveau est telle que la plupart de ceux qui en usent sont atteints de troubles intellectuels, de manie, de delirium tremens, de paralysie générale et surtout d'épilepsie. D'un autre côté, la strychnine exerce sur la moelle épinière une action des plus violentes, et son usage, dans les liqueurs dites *apéritives*, peut devenir l'origine des maladies les plus graves de cet organe.

La conclusion de tout ceci nous paraît donc s'imposer. Au nom de la médecine et de l'hygiène, nous croyons devoir repousser de la consommation, d'une façon absolue, ces liqueurs faussement appelées apéritives, et qui, fabriquées à base d'alcool ou contenant des substances nuisibles, ne peuvent être que pernicieuses à la santé. L'absinthe, les bitters, les bitters-curaçao et autres liqueurs du même genre, sont rangés dans cette catégorie.

La base d'une liqueur apéritive bienfaisante est donc le vin, et le

vin seul, mais surtout le vin de liqueur, tel que le Malaga. Et, tous les auteurs l'ont bien compris, Bouchardat entre autres, *c'est dans ce vin généreux que nous trouvons un des toniques les plus puissants de l'arsenal thérapeutique.*

Or, voici précisément une préparation justement renommée, qui se recommande à l'attention du Corps médical, des Hygiénistes et du public en général, en raison de ses propriétés exceptionnellement toniques, apéritives, et partant bienfaisantes; elle est, sans contredit, supérieure à toutes les liqueurs similaires. Ses titres sont depuis longtemps connus et ses qualités ne sont plus à exalter. Désignée sous le nom de *Byrrh au vin de Malaga*, elle est préparée par MM. Violet frères, négociants à Thuir (Pyrénées-Orientales), avec les principes apéritifs des amers, les seuls qui soient les vrais agents stimulants des fonctions digestives.

Ce qui en fait l'incontestable supériorité, c'est d'une part le choix raisonné et du plus sérieux des amers entrant dans sa composition, d'autre part la qualité vraiment exceptionnelle du vin de Malaga qui lui sert de base. Ce vin provient des premiers crûs d'Espagne; ils sont achetés directement sur la propriété par la succursale que possèdent à Tarragona MM. Violet frères; puis, rendus en France, ils sont entreposés dans des bâtiments spéciaux où ils vieillissent. Ce n'est qu'après cinq ou six années qu'ils sont utilisés pour la préparation de la liqueur apéritive qui nous occupe.

Dans des conditions semblables de préparation, il n'est pas surprenant que le *Byrrh au vin de Malaga* de Violet frères constitue une liqueur de premier choix, que ses propriétés toniques et digestives ont fait apprécier de tous. Aussi cette liqueur est-elle répandue dans toutes les contrées d'Europe et dans tous les pays d'outre-mer (Panama, Batavia, Sourabaya, Samarang, Padang, Macassar, la Nouvelle-Calédonie, le Mexique, la Chine, la Cochinchine, Montevideo, Buenos-Ayres, la Vera-Cruz, etc., etc.). Aussi a-t-elle obtenu les plus hautes récompenses, vingt Médailles Or, Argent et Bronze (1). Aussi a-t-elle été couronnée à l'Exposition universelle de Paris en 1878, et récemment à celle d'Amsterdam, où elle a remporté le premier prix décerné aux apéritifs.

De semblables succès devaient susciter l'envie. De nombreuses contrefaçons ont été faites; mais, comme la vérité, la liqueur de MM. Violet frères a soutenu victorieusement la lutte, et les arrêts

(1) Lyon (bronze), Bourg (or), Avignon (or), Paris (argent), Foix (argent), Amiens (bronze), Saintes (mention honorable), Le Puy (argent), Carcassonne (argent), Reims (bronze), Bordeaux (bronze), Lyon (bronze), Montauban (argent), Paris (bronze), Paris (vermeil), Melun (argent), Perpignan (bronze), Rennes (bronze), Périgueux (bronze), Le Mans (bronze).

des Tribunaux de Montpellier, Marseille, Limoges, Toulouse, Nantes, Tours, Bordeaux, des Cours d'Aix, Toulouse, Bordeaux, Limoges et Lyon, en affirmant ses excellentes propriétés, ont assuré son triomphe définitif.

Pour résumer, nous dirons donc que, de tous les apéritifs livrés à la consommation, il n'en est pas qui nous semble devoir fixer l'attention du médecin à un plus haut point que le *Byrrh au Malaga* de MM. Violet; que les médecins et les hygiénistes trouveront dans cette liqueur un tonique puissant, utile aux malades et aux convalescents, soit qu'on la donne pure, soit qu'on l'administre mélangée à l'eau de Seltz ou à une eau minérale; et qu'enfin, prise dans des conditions semblables par les personnes bien portantes, elle sera toujours un excellent tonique et un stimulant très énergique des fonctions digestives, absolument incapable de produire aucun des désordres propres aux apéritifs à base d'alcool. Ajoutons enfin que ce vin est des plus agréables — qualité qui certes n'est pas à dedaigner — et que son prix permet au médecin d'en ordonner l'usage à la classe ouvrière, dans les rangs de laquelle la misère physiologique fait chaque jour tant de victimes.

E. B.

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, in-8, 16 pages 1 25

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8°, 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir .... fr. 3 50

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte .... fr. 3 50

E. J. Moure. — *Recueil clinique sur les Maladies du Larynx*, grand in-8° de 108 pages, avec figures en noir dans le texte .... fr. 3 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaire, lingual et pharyngien*, in-8, 5 pages.. » 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages .... fr. 1 25

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*, in-8°, 24 pages 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir .... fr. 1 25

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8, 17 pages .... fr. 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Editeur.

Bordeaux. Imp — Nouvelle A. BELLIER, & Cᵉ rue Cabirol 16

5e Année. N° 6. 1er Juin 1884.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi de l'acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx *(Suite et fin)*;

Par le Dr Th. Hering (1)

Directeur de la section laryngologique de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie.

Je commencerai par leurs effets sur la membrane pituitaire et sur la muqueuse du pharynx.

Parmi tous les moyens employés par moi, jusqu'à présent, contre le catarrhe nasal, je n'en ai pas trouvé un seul qui ne fût surpassé par l'acide chromique, par son action rapide et énergique, dans les cas surtout où un épaississement chronique de la muqueuse des cornets est accompagné d'obstruction complète du nez et d'une

(1) Voir le n° 5. — Mai 1884.

abondante sécrétion muco-purulente, *sans rougeur excessive de la muqueuse.* Car il est évident que s'il y a des symptômes de catarrhe aigu, il faut se garder d'employer ce moyen, ainsi que tous les topiques irritants, et le réserver pour le moment où l'inflammation sera tombée. S'il y a hypertrophie considérable des tissus ou accumulation de granulations à l'entrée des fosses nasales, la cautérisation ne pourra avoir lieu que lorsqu'on aura enlevé les parties atteintes d'hypertrophie au moyen de l'anse froide ou galvano-caustique, procédé plus rapide et moins douloureux que le galvano-cautère. Dans plusieurs centaines de catarrhes chroniques que j'ai traités au moyen du galvano-cautère, j'ai eu rarement à me louer de l'instrument, et j'ai acquis la conviction que cette méthode, bien qu'elle produise quelquefois l'effet désiré, peut aussi, loin de donner un résultat satisfaisant, avoir une action nuisible. Souvent, en effet, son application est suivie d'une réaction inflammatoire véhémente et fort longue.

Ceci, Messieurs, vous l'observerez facilement sur certains malades qui, au plus léger contact de la sonde, sont pris d'éternuements et de larmoiement, et dont la muqueuse, de pâle qu'elle était, devient subitement rouge et enflée. Le galvano-cautère n'est point applicable à de tels malades et le traitement par l'acide chromique est celui qui offre le plus de chances de succès. De nos jours, il est vrai, on abuse de la méthode galvano-caustique, et certains médecins inexpérimentés font souvent, on ne saurait le nier, une fausse application de cette méthode. Plus d'une fois j'ai vu de mes propres yeux, dans des cas de tuméfaction diffuse des cornets, le galvano-cautère enfoncé profondément dans ces organes, causer par là des nécroses partielles des os, qui durent des mois entiers, laissant après eux des fistules et une hypertrophie chronique des parties lésées.

Abstraction faite de ces inconvénients, que l'expérience sait éviter, il faut parler du prix élevé de ces instruments, prix qui empêche le traitement galvano-caustique d'être accessible à tout le monde. C'est ce qui me fait penser que, dans beaucoup de cas, il peut être remplacé par l'acide chromique.

Je commence par laver le nez avec une faible solution de borax tiède, pour en chasser les mucosités, puis, avec une baguette de verre trempée dans une solution chromique concentrée, je cautérise les parties tuméfiées d'un côté seulement; après quoi, je donne rapidement une injection. La réaction est à peine sensible et la douleur, s'il y en a, est emportée par l'injection. La membrane pituitaire se recouvre d'une couche jaune; elle se rétracte, la tuméfaction diminue et il suffit souvent d'une cautérisation pour permettre le passage de l'injection à travers une partie des fosses nasales imperméable jusqu'alors. Le lendemain vous trouverez le cornet recouvert d'une couche jaunâtre, qui ne s'éliminera qu'au bout de trois ou quatre jours; la réaction inflammatoire est peu appréciable, la sécrétion est moins abondante et la rougeur des contours est le plus souvent à peine visible.

Si la première cautérisation ne produit pas l'effet attendu, j'enlève la couche jaunâtre, opération facile à faire avec les pinces, puis je fais une deuxième cautérisation, soit semblable à la première, soit avec la sonde garnie de son enduit, selon le résultat que je veux obtenir. Je passe alors à l'autre côté et je ne cautérise qu'un cornet à la fois, jusqu'à ce que la tuméfaction ait assez diminué pour permettre à l'air un libre passage à travers les fosses nasales. Suivant les cas, ce résultat pourra s'obtenir par un nombre de cautérisations variant entre deux et quatre. Si le cornet sur lequel on a opéré est fortement hypertrophié, il est essentiel, après l'enlèvement de l'eschare, que le malade évite avec soin tout ce qui pourrait ramener le catarrhe. Il devra se garnir les narines de coton avant de quitter la chambre et se soumettre une ou deux fois par jour à des injections faites avec une solution d'acide borique.

Il est quelquefois nécessaire de séparer le cornet de la cloison par l'interposition d'un peu d'ouate, pour les empêcher de s'accoler, ce qui peut arriver lorsque deux surfaces en contact ont été cautérisées ensemble. Si l'on a affaire à une tuméfaction chronique de l'extrémité postérieure des cornets, les cautérisations se feront au moyen d'une sonde recourbée que l'on introduira dans la cavité naso-pharyngienne à l'aide d'un miroir.

Dans des cas d'hypertrophies adénoïdes, je me suis d'abord servi de lacets ou de pinces pour les enlever, et la cautérisation du reste par l'acide chromique m'a donné les meilleurs résultats. Jamais je n'ai vu ce traitement être suivi d'otite moyenne, complication qui s'était produite deux fois après l'application du galvano-cautère. L'eschare s'élimine en huit jours environ, sans apparition de symptômes d'intoxication.

J'ai obtenu un succès semblable pour la destruction du pédicule des polypes que j'avais extraits. La présence de polypes est une des causes de la longue durée du catarrhe du sinus sphénoïdal, catarrhe encore entretenu par l'inflammation de la membrane pituitaire qui tapisse son entrée et qui peut l'obstruer complètement. J'ai eu à traiter un cas où l'affection traînait déjà depuis une année et demie sans être modifiée par le traitement galvano-caustique. Seule, la cautérisation par l'acide chromique solide m'a donné des résultats satisfaisants, en diminuant la tuméfaction de la membrane et en me permettant, par suite, d'apercevoir deux polypes que j'ai enlevés au lacet. La sécrétion a aussi diminué de moitié et je continue les cautérisations, dont j'espère de bons résultats.

Ce n'est pas seulement dans les maladies des fosses nasales que j'ai éprouvé l'excellence de l'acide chromique. J'ai eu affaire plusieurs fois à des personnes nerveuses et craintives, atteintes soit de « *pharyngitis granulosa* », soit de « *pharyngitis hypertrophica lateralis* » ; au lieu de me servir du galvano-cautère, j'ai détruit granulations et hypertrophie par l'acide chromique. Cette dernière forme de pharyngite exige cependant de grandes précautions, et l'on ne saurait assez se tenir sur ses gardes surtout lorsqu'on découvre des symptômes d'inflammation. Je commence donc dans ce cas par cautériser un espace restreint et seulement d'un côté, je laisse tomber la croûte, et, si la tolérance a été complète, je recommence une cautérisation plus énergique. Les attouchements pratiqués avec le nitrate d'argent donnent également de bons résultats, mais aussi déterminent uue plus grande douleur.

Dans certains cas, j'ai vu quelques cautérisations à

l'acide chromique réduire de moitié le volume des amygdales offrant une hypertrophie molle à teinte livide; une fois même l'amygdale fut presque ramenée à son volume primitif. S'il se forme une cavité dans la glande, il faut se garder d'y introduire la sonde armée, car l'amygdale pourrait retenir une trop grande quantité de caustique, que les gargarismes ne pourraient ni entraîner, ni neutraliser complètement, et dont l'absorption donnerait alors lieu à des vomissements.

Ce traitement n'est pas applicable à l'hypertrophie dure des amygdales. Dans ce cas, si j'ai affaire à des malades sur la patience desquels je puisse compter, je les opère avec le couteau et le crochet tranchant, opération aussi rapide pour une main un peu exercée que si elle était faite avec l'amygdalotome. Elle offre un grand avantage, en ce sens que l'on n'a point à craindre une lésion des piliers du voile du palais, que l'on peut à volonté repousser les amygdales sorties de leur niche et attirer au dehors celles qui y sont encastrées ou qui ont une forme oblongue. Ceci s'applique surtout aux amygdales attachées aux piliers.

J'arrive à l'emploi de l'acide chromique dans le larynx et je vous présente d'abord les cas où son efficacité m'a frappé davantage. Deux polypes muqueux des cordes vocales que j'avais enlevés avec l'*instrument de Stoerk* furent ensuite cautérisés à l'acide chromique, et les résultats furent aussi durables que satifaisants. La douleur ressentie put être comptée pour rien, tant est grande la tolérance de la muqueuse laryngée pour ce caustique. Si vous l'employez, Messieurs, pour des ulcérations du larynx, vous serez étonnés de ne pas voir se produire l'accès de toux, suite immanquable de tout attouchement fait sur le larynx avec la sonde ordinaire.

Les ulcérations des cordes vocales,aussi bien tuberculeuses que syphilitiques tolèrent sans peine l'acide chromique. Celles même qui siègeaient sur la région aryténoïdienne, je les ai cautérisées à la sonde, et j'en ai obtenu une grande amélioration. Ces essais, je les ai faits sur des malades de ma division, à l'hôpital Saint-Roch, de Varsovie. Ces sujets, dont les fonctions digestives étaient dans un état d'intégrité suffisante, avaient un

léger mouvement fébrile le soir, et leur larynx était atteint de tuberculose chronique, sans grand retentissement sur le poumon.

L'étonnement a suivi le résultat de mes premiers essais. Je croyais déjà voir la dysphagie s'accentuer; elle diminua, et plusieurs fois les malades eux-mêmes m'ont demandé une nouvelle cautérisation. Immédiatement après l'opération, on appliquait sur le cou du malade une compresse glacée, et pendant deux jours il ne prenait d'autre nourriture que du lait glacé. S'il manquait à cette prescription, vers le troisième ou quatrième jour une zone enflammée se développait autour du point touché, qui finissait néanmoins par s'éliminer pour laisser voir une plaie de meilleure apparence. Cependant ces améliorations locales n'ont jamais été le premier pas d'une guérison totale, qui, j'en suis persuadé, ne peut pas arriver chez un malade à l'hôpital, à moins qu'il ne soit placé dans des conditions particulièrement favorables.

Aussi, Messieurs, n'ai-je aucunement l'intention de vous encourager à appliquer ce traitement à la phtisie laryngée; je me contente de vous citer les faits comme ils se sont présentés à mon observation. Chez un malade la tuberculose du larynx avait abouti à un rétrécissement et je me voyais obligé de faire la trachéotomie, lorsque je me hasardai à cautériser une dernière fois à l'acide chromique. Quelle ne fut pas ma surprise en constatant que la tuméfaction de l'ulcère granuleux avait presque entièrement disparu, si bien, que j'ai pu attendre deux semaines avant de faire la trachéotomie. En deux cas d'hyperplasie des fausses cordes vocales, j'ai obtenu un succès véritable. La malade une jeune fille de vingt-trois ans, souffrait en outre d'une affection hypertrophique de la membrane pituitaire, affection d'un caractère singulier, qui se manifestait par une espèce d'éruption polypiforme de tous les cornets, de la cloison et du revêtement de la cavité nasale, et ressemblait beaucoup au rhinosclérome. Une destruction répétée des cordes avec le galvano-cautère n'avait pas suffi pour arrêter l'infiltration, tandis que par une cautérisation énergique à l'acide chromique, j'ai obtenu le résultat suivant : les cordes

vocales, d'abord complètement cachées, reprirent leur état normal ou à peu près, la strideur cessa complètement, la voix reprit un peu de force, et je pus permettre à la malade de quitter l'hopital relativement guérie.

Une fois aussi j'ai eu un succès, chez une jeune fille atteinte d'une inflammation hypertrophique des cordes inférieures, hypertrophie très saillante, localisée à la partie postérieure. La maladie s'était développée depuis deux ans, et était accompagnée d'un violent enrouement, la région aryténoïdienne étant atteinte. Après trois cautérisations, l'amélioration de l'état local et de la voix est telle que l'on a plein espoir de voir la malade se rétablir complètement.

J'arrive à la conclusion de ce travail, un peu trop long peut-être, mais qui, je l'espère, n'aura point lassé votre patience ; et si je fais appel à votre indulgence, c'est pour sa brièveté, car il est loin d'avoir épuisé le sujet en entier. Puisse-t-il seulement attirer votre attention sur la cautérisation avec l'acide chromique et vous donner la pensée de continuer mes essais !

Cependant, avant de terminer, je voudrais ajouter quelques mots sur les résultats obtenus dans des cas de syphilis. J'ai essayé ces cautérisations sur des condylomes, des ulcères et des excroissances hyperplasiques chroniques. Pour les éruptions condylomateuses, l'effet de l'acide chromique est moins marqué que celui du sublimé en solution forte, de 0,50 dans 30 grammes d'une mixture de glycérine et d'esprit de vin à parties égales. Ce topique ne peut, dans ce cas, être comparé à aucun autre.

Par contre, j'ai remarqué que l'acide chromique donne des résultats excellents dans les cas d'ulcérations, polypes et granulations de la paroi postérieure du pharynx des syphilitiques. Chez un homme de trente ans, j'ai constaté en cet endroit un ulcère limité de chaque côté par un renflement de 4 centimètres, et sur la partie inférieure duquel s'attachait une tumeur hémisphérique. La tumeur enlevée avec le lacet, j'ai soigneusement cautérisé les renflements; la guérison la plus complète a suivi ce traitement. La destruction galvano-caustique antérieure n'avait donné aucun résultat satisfaisant.

Afin d'étudier plus facilement l'action de l'acide chromique sur les muqueuses et pour préciser davantage son effet, j'ai cautérisé chez quelques malades les amygdales ou les cornets inférieurs; le lendemain j'ai enlevé la partie cautérisée, que j'ai fait durcir dans l'alcool pour en faire des préparations microscopiques. Grâce à ces préparations, il est plus facile de s'expliquer à la fois le peu de douleur et de réaction comparé à la rapidité et à l'intensité de la cautéri·ation.

En considérant cette pièce, vous observerez, Messieurs, que la partie cautérisée, n'a été que faiblement influencée par la couleur. Le contenu des cellules est coagulé. En outre, je vous prie de remarquer le sillon inflammatoire très lèger qui, aux confins des tissus cautérisés et des parties restées saines, se signale par une couche de couleur plus intense, modérément infiltrée d'éléments lymphoïdes. Sous cette couche vous apercevez la section de quelques vaisseaux sanguins, dont le contenu paraît coagulé et la lumière rétrécie. Ainsi l'action de l'acide chromique a non seulement mortifié les tissus atteints, il a aussi resserré une partie des vaisseaux sanguins. détruit des ramifications vasculaires et diminué par suite l'hyperhémie et la tuméfaction. De nouveaux essais que je me propose de faire, et que je vous invite, Messieurs, à contrôler, préciseront l'indication et pourront aider à éviter les causes d'erreur.

De ce qui vient d'être dit, je me crois le droit de tirer les conclusions suivantes :

1° L'acide chromique, fondu sur des sondes en métal, est un caustique d'une action énergique, peu douloureux, irritant peu les muqueuses et pouvant être employé avec le meilleur succès pour les tumeurs adénoïdes, granulations, polypes mous, hyperplasies parenchymateuses, etc... ;

2° La cautérisation trop énergique, sur des espaces trop étendus, peut amener, soit par absorption du caustique, soit par introduction de cette substance dans l'estomac par la voie du pharynx, des symptômes d'intoxication, vomissements, etc., accidents qui peuvent être évités facilement par l'emploi de sels de soude en solution. Jusqu'à présent je n'ai pas pu constater de

collapsus dangereux, ni de catarrhes intestinaux cholériformes;

3° Des quantités infinitésimales suffisent pour la cautérisation, opération qui doit être faite avec soin; le surplus d cide doit être neutralisé et la cautérisation ne doit être répétée qu'autant que l'inflammation a disparu et que les eschares sont tombées;

4° L'acide chromique surpasse dans leurs effets tout les médicaments employés jusqu'à présent pour le traitement du catarrhe chronique, avec tuméfaction et hypertrophie modérée des cornets; et sa plus belle qualité est de produire une guérison rapide sans causer de forte douleur.

De l'Électrolyse ou de la Galvanocaustique chimique de la Trompe d'Eustache;

Par le Dr J. Baratoux (1)

La galvanocaustique chimique repose sur ce principe que lorsqu'un corps imparfaitement conducteur, se trouvant dans des conditions de cohésion qui facilitent sa décomposition, est placé dans le circuit d'une pile d'un pouvoir électromoteur suffisant, ce corps est décomposé; l'acide se porte sur l'électrode positive, l'alcali sur l'électrode négative. Lorsqu'ils ne peuvent attaquer les électrodes et que le corps interposé est de la matière organique, les acides et les alcalis naissants agissent sur les tissus à la manière des caustiques potentiels et déterminent l'apparition d'une eschare exactement limitée au niveau des points de contact des électrodes (Tripier).

On a ainsi à sa disposition un moyen de faire, à volonté, sans intervention de la chaleur, des cautérisations semblables à celles produites par l'action des acides ou des alcalis.

Nous laisserons à cette méthode le nom de galvanocaustique chimique, de préférence à celui d'électrolyse, car, dans les cautérisations déterminées au moyen du

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 10 avril 1884

courant voltaïque, l'électrolyse n'est que la première partie de l'opération ; c'est une dissociation chimique, une décomposition, une électrolyse, dans le sens propre du mot, puisque l'action du courant sépare les acides des alcalis ; dans le deuxième temps, c'est à une synthèse que l'on assiste ; les acides et les alcalis obéissent à leurs affinités et entrent dans de nouvelles combinaisons en même temps qu'ils agissent sur les tissus ambiants.

Ce procédé de cautérisation n'a été érigé en méthode que depuis les travaux de Ciniselli (1860). Cependant, dès 1841, on avait utilisé l'action dissolvante de l'électrolyse négative du courant voltaïque « *pour résoudre, sans production d'eschares, certains engorgements, comme ceux qui amènent le rétrécissement de l'urèthre ou le rétrécissement de la trompe d'Eustache.* » (1).

Ciniselli s'étant aperçu que les eschares produites aux deux pôles ne présentaient pas le même aspect, le Dr Tripier étudia de plus près le tissu cicatriciel et reconnut que les cautérisations acides donnaient lieu à des cicatrices dures et rétractiles, tandis que les cautérisations alcalines donnaient des cicatrices molles et peu ou pas rétractiles.

Aussi conseilla-t-il d'employer cette méthode pour détruire les rétrécissements de l'urèthre et les obstructions du canal nasal (2).

Il vit même l'usage que l'on pouvait en retirer pour le traitement des maladies de la trompe, puisqu'il s'exprime ainsi : *La cautérisation de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache et même d'une partie de ce canal devient possible maintenant qu'elle peut s'effectuer en mettant l'électrode négative en communication avec une sonde rigide.* » (3).

Pendant que nous suivions la clinique du Dr Mallez, nous assistâmes aux nombreuses recherches que le

(1) F. Mallez et A. Tripier *De la guérison durable des rétrécissements de l'urèthre par la galvanocaustique chimique*, 1867, p. 1, en note.

(2) Tripier. *Applications de l'électricité à la médecine et à la chirurgie*, 3me édition, 1874, p. 77.

A Tripier et Desmarres. *Applications de la galvanocaustique chimique à la cure des tumeurs et fistules lacrymales*, 1874.

(3) Tripier, *loc. cit.*, p. 77.

Dr Jardin faisait, avec son uréthrotome électrolytique. C'est alors que nous eûmes l'idée d'essayer ce mode de traitement pour les rétrécissements du larynx, de l'œsophage et de la trompe d'Eustache.

Nous eûmes recours à M. Dubois pour la construction de ces divers appareils. Ils furent tous faits sur le principe de celui du Dr Jardin : ils étaient composés d'une sonde en caoutchouc durci ou d'un tube métallique recouvert d'un enduit isolant sur ses deux faces. Dans leur intérieur glissait une tige métallique rigide, munie à son extrémité extérieure d'un canon servant à fixer l'électrode ; l'extrémité opposée se terminait par une lame métallique triangulaire.

Avec l'aide de M. Dubois, nous essayâmes cet appareil sur une femme atteinte de sténose du larynx consécutive à la syphilis ; mais la malade, n'ayant pas été préparée à l'opération, supporta mal l'instrument, qu'on dut retirer quelques secondes après le commencement de l'électrolyse. Si cette femme avait déjà subi la dilatation au moyen des tubes de Schrötter, ou si la trachéotomie avait été préalablement pratiquée, comme on le fait pour la dilatation par des baguettes d'étain de Schrötter, il est probable que nous aurions pu arriver à un résultat favorable, en tant que galvanocaustique chimique.

Au même moment nous fîmes quelques expériences sur l'électrolyse de l'œsophage sur le chien que M. le Dr François Franck mit obligeamment à notre disposition, au laboratoire de M. Marey, au Collège de France. L'appareil ayant été laissé en place pendant des périodes variant de 2 à 15 minutes, avec une intensité de 4 à 25 milliampères, nous reconnûmes qu'il fallait employer une intensité de 10 milliampères environ, pendant 10 à 12 minutes, pour attaquer la couche musculeuse superficielle de l'œsophage.

M. Franck ayant trouvé nos résultats favorables, crut bon de faire usage d'instruments analogues pour opérer diverses lésions des valvules candiaques ; ses recherches ont été depuis consignées dans les *Bulletins de la Société de Biologie.*

Nous essayâmes aussi la galvanocaustique chimique dans quelques cas d'obstruction de la trompe d'Eustache,

au moyen d'un cathéter en caoutchouc durci, dans lequel passait un mandrin métallique trempé dans une solution de gutta-percha dissoute dans le chloroforme, ou mieux recouverte d'un fil de coton enduit d'un mélange de goudron, de paraffine et de cire jaune, pour protéger les diverses parties des tissus environnants que l'on ne voulait pas attaquer. Mais nous abandonnâmes cette méthode, ne trouvant pas qu'elle fût préférable à la dilatation de la trompe au moyen des bougies faites avec un intestin de ver à soie entouré d'une ou de plusieurs couches de tissu, recouvertes de gomme élastique. Ces recherches ne nous ayant donné aucun résultat pratique digne d'être signalé, ne furent consignées dans aucun travail. C'est alors que le Dr Mercié qui, de son côté, avait entrepris des recherches sur ce sujet, à la clinique du Dr Garrigou-Désarènes, publia un article sur *un nouveau procédé de dilatation et de l'électrolyse employés contre les rétrécissements et les obstructions de la trompe d'Eustache* (1).

Après avoir décrit le procédé ordinaire de dilatation de la trompe avec la corde à boyau, l'auteur s'exprime ainsi :
» Si l'on remplace à ce moment la bougie par une *sonde* » *métallique fine et souple*, il devient possible d'établir dans » la trompe d'Eustache l'électrode négative, tandis qu'un » disque de métal placé sur l'apophyse mastoïde ou dans » le conduit auditif externe permettra de former un courant » de la même façon que M. Mallez et Tripier l'obtiennent » dans le canal de l'urèthre.

» L'expérience démontrera le côté pratique de ce trai- » tement, qui est exempt de tout danger, étant donnée la » faiblesse du courant.

» L'introduction d'une tige métallique ou d'une bougie » formée de fils métalliques très-fins réunis en faisceaux » n'est pas plus dangereuse.

» Si la cautérisation électrique peut amener une dila- » tation rapide et durable comme elle se produit dans le » canal de l'urèthre et dans le canal nasal, c'est un véri- » table progrès réalisé au plus grand bénéfice des mala- » des. La bougie doit être flexible. »

Après avoir lu cet article, quoique n'ayant obtenu que

(1) *Revue de thérapeutique méd.-chirurgicale*, 1882, 1er octobre.

de médiocres résultats par ce mode de traitement, nous le reprîmes en faisant usage tantôt de notre premier appareil, tantôt d'une autre tige métallique terminée par une petite olive métallique ou en ivoire avec un cercle ou une partie de cercle en platine fixée sur la partie renflée de l'olive. C'est cet appareil que nous avons présenté à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie (24 janvier 1884) (1). Deux mois après, environ, le Dr Mercié lisait à l'Académie de Médecine un travail intitulé : *Nouveau traitement des retrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse.* » (2)

« Dans la sonde en caoutchouc mise en place, dit-il, nous » introduisons une bougie constituée par des fils d'argent » très fins tordus sur eux-mêmes ; l'extrémité en anse ne » peut blesser les parois de la trompe.. . Lorsque nous » nous servons de la sonde en métal, nous employons » alors la bougie métallique dont nous venons de parler, » recouverte d'une mince couche de gutta-percha jusqu'à » environ 25 millimètres de son extrémité.

» La sonde maintenue en place, nous poussons douce- » ment la bougie métallique, et, au moment ou nous » sentons cette bougie pénétrer avec plus de difficulté ou » buter contre le retrécissement, nous nous arrêtons. » Nous plaçons dans le conduit auditif externe une petite » olive d'argent munie d'une tige, et arrivant jusqu'au » voisinage du tympan. *Nous faisons passer une faible cou- » rant (2 à 3 éléments de Chardin)*, en mettant en communi- » cation la tige de l'olive avec le pôle positif, et le fil » métallique qui dépasse le pavillon de la sonde avec le » fil négatif. *La durée de l'opération ne dépasse pas deux mi- » nutes.* Après l'électrolyse, la bougie, qui d'abord était » très serrée entre les parois de la trompe, glisse avec » facilité. »

M. Gellé vint, quelques jours après, annoncer à la Société de Biologie qu'il avait aussi fait usage de cette méthode dans quelques cas (3).

(1) J. Baratoux. — Appareil pour le galvanocaustique chimique de la trompe d'Eustache. (*Revue mens. de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, 1er février* 1884).

(2) Mercié. — Académie de médecine, 1884, 11 mars.

(3) Gellé. *Du traitement du retrécissement de la trompe d'Eustache par la méthode de l'électrolyse.* Soc. de Biologie, 15 mars 1884.

Tel est le cas actuel de la question. Nous venons à notre tour exposer le procédé que nous avons suivi tant dans notre première série que dans celles que nous avons répétées récemment.

Disons d'abord que « les bougies en plomb, en fil de fer » recuit, en or ou en argent, ont été employeés dans le but » de modifier une imflammation chronique de la muqueuse » et de la trompe. Elles paraissent produire une améliora- » tion rapide, probablement due au développement de » courants électriques. » (1)

L'on sait aussi qu'une sonde métallique en communication avec le courant très faible d'une pile peut franchir en quelques secondes un rétrécissement qu'elle n'avait pu dépasser auparavant. Ce qui revient à dire qu'il ne faut pas toujours attribuer à la galvanocaustique chimique un résultat qui, en somme, est produit par l'électrisation. Au reste, nous ne croyons pas que la plupart des rétrécissements que l'on rencontre habituellement dans les affections chroniques de la trompe et de la caisse résistent au traitement habituel de la dilatation au moyen des bougies dont nous avons parlé plus haut.

Pour pratiquer la galvanocaustique chimique, l'on doit avoir à sa disposition une pile à courants constants d'une quinzaine d'éléments. Nous faisons généralement usage de la pile de Gaiffe au chlorure de zinc et au bioxyde de manganèse; il est indispensable de posséder un rhéostat médical et un galvanomètre d'intensité divisé en milliampères, attendu que seul le galvanomètre, et non le galvanoscope qui accompagne habituellement les batteries, indique à tout moment de l'électrisation la valeur absolue du courant en milliampères, ce qui permet de manœuvrer d'une façon convenable le collecteur ou le rhéostat, ce dernier appareil complète le collecteur en permettant de régler exactement l'intensité du courant par l'introduction dans le circuit de résistances plus ou moins grandes.

La sonde dont nous faisons usage se compose d'un cathéter en caontchouc durci, dont nous avons déjà publié l'image (Voir Revue n° 2, février 1884. p. 64).

(1) Miot et J. Baratoux. *Traité clinique des maladies de l'oreille* : Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

La tige qui s'engage dans la trompe doit être rigide, car un mandrin souple ne peut être facilement poussé dans le cathéter, d'autant plus qu'au moindre obstacle il plie et s'engage souvent entre la sonde et les parois de la trompe.

Si l'on ne veut pas tenir le cathéter entre les doigts, on peut le fixer au nez avec la pince de Bonnafont ou celle de Delstanche.

On fait alors passer le courant de manière à obtenir 4 à 5 milliampères, en surveillant le galvanomètre, car souvent il arrive que le courant, qui n'avait au début qu'une intensité de quelques millièmes, augmente au bout de quelques minutes de presque du double; on diminue alors le nombre d'éléments jusqu'à ce que l'aiguille marque le nombre de milliampères que l'on désire.

Il est indispensable de compter en milliampères et de laisser de côté les mots vagues d'un, de deux éléments de telle ou telle batterie; car, comme le fait remarquer le Dr Boudet de Pâris (1), il est nécessaire que l'on puisse doser l'électricité en quantités connues de tout le monde, d'autant plus que, sans cela, la lecture des observations devient incompréhensible, les nombres signalés n'ayant de valeur que pour celui qui les a employés. En outre, l'intensité peut varier d'un moment à l'autre, et « c'est s'exposer à de graves mécomptes, parfois à des accidents », si l'on ne connaît pas à chaque instant l'intensité du courant (Bardet) (2).

Il est rare que l'on ait besoin d'aller au-delà de 5 milliampères; du reste, les malades supportent difficilement plus de 6 milliampères à la tête.

L'on doit laisser passer le courant pendant 4 ou 5 minutes au plus. A ce moment, l'on sent très bien que la tige métallique n'est plus maintenue par la pression des tissus. En examinant alors le malade à la rhinoscopie postérieure, l'on voit qu'une eschare d'un millimètre environ de profondeur a été produite à l'entrée de la trompe d'Eustache.

Il faut éviter tout suintement sanguin durant cette

(1) Boudet de Pâris. *L'électricité; ses applications au diagnostic et au traitement des malades*, (*Rev. de Médecine* 1881-82).

(2) Bardet. *Traité élémentaire et pratique d'électricité médicale*. Paris, 1884.

opération; car l'effet électrolytique ne se produit pas, le sang étant très bon conducteur de l'électricité; le courant se diffuse et n'agit plus sur le point voulu.

En nous plaçant dans des conditions convenables, énumérées précédemment, nous obtenons le degré minimum de résistance, qui est loin d'atteindre, comme on le dit souvent, 2,000 ohms, en moyenne, pour le corps humain, puisque cette résistance varie, avec chaque région, suivant que la peau est plus ou moins fine, suivant qu'elle est sèche ou frottée avec un liquide destiné à la débarrasser des corps gras qui la recouvrent. Aussi n'avons-nous généralement besoin que de 4 à 5 milliampères pour obtenir le résultat galvanocaustique que nous désirons. Avec la batterie de Gaiffe, nous atteignons ordinairement ce chiffre avec quatre couples environ; six éléments peuvent dépasser notre limite; alors nous avons recours au rhéostat, qui permet de diminuer ou d'augmenter à volonté la résistance du circuit. M. Gaiffe, qui nous a assisté dans plusieurs expériences, a reconnu l'utilité de se servir d'une batterie dont le collecteur permette de faire entrer les éléments un à un dans le circuit, au lieu de les introduire par deux, comme cela se fait avec sa batterie actuelle.

Suivant les indications de M. Garrigou, nous avons fait usage de deux couples de l'appareil de Chardin au bisulfate de mercure. Pendant les deux minutes qu'a durée l'expérience, le galvanomètre n'a marqué que 0, milliampère 0 46, c'est-à-dire la centième partie de l'intensité nécessaire pour atteindre le résultat signalé précédemment; il faut encore tenir compte de la durée de notre expérience, qui est le double de celle que recommande M. Garrigou.

Aussi ne pensons-nous pas qu'une eschare qui doit donner une cicatrice molle puisse se produire avec la méthode de cet auteur. Nous croyons plutôt qu'il obtient l'effet dont nous avons parlé à propos de l'introduction d'une tige métallique dans la trompe ou de l'électrisation de cette dernière, puisque, dans ces cas, la tige peut franchir le retrécissement du canal d'Eustache, sans produire d'eschare. En outre, la chaleur qui se dégage au pôle positif non mouillé, et surtout lorsqu'il est repré-

senté par une olive d'argent arrivant jusqu'au voisinage du tympan, nous fait rejeter l'emploi d'un tel instrument.

Nous ne croyons pas, au reste, que la galvanocaustique chimique de la trompe d'Eustache remplace, pour le moment du moins, le procédé de dilatation ordinaire. En nous reportant à cette méthode employée pour les rétrécissements de l'urèthre, on voit qu'elle n'est appliquée que le plus tardivement possible, lorsque la dilatation progressive n'a pu donner un résultat convenable. Le Dr Jardin, qui s'est beaucoup occupé de cette question et qui nous a fourni ces renseignements, nous a affirmé que la galvanocaustique chimique de ce canal ne convenait qu'à un petit nombre de rétrécissements.

Il en est de même pour l'oreille; car la dilatation progressive réussit dans la plupart des obstructions de la trompe dues aux gonflements de la muqueuse, affection la plus connue de ce canal (1). Cependant, si cette méthode ne donnait pas de résultats au bout d'un certain temps, ce qui est rare, nous le répétons, on pourrait alors avoir recours à la galvanocaustique chimique. Mais c'est dans les cas de brides membraneuses que ce procédé sera surtout utile. L'on sait toutefois que cette lésion est loin d'être fréquente, puisque certains auteurs la nient, à tort, il est vrai. On peut encore employer cette méthode lorsque l'embouchure de la trompe est obstruée par l'hypertrophie des follicules lymphatiques.

Enfin, la galvanocaustique chimique est aussi utilisée dans l'oreille, dans les végétations et les polypes. Nous avons constaté que, par ce procédé, la douleur était certainement bien moindre que lorsqu'on les détruisait avec le galvanocautère et surtout avec l'anse froide.

Cette méthode pourra encore être employée pour déterminer une perforation du tympan, en terminant le pôle négatif de la pile par une ou plusieurs aiguilles ou par une lame métallique, le pôle positif restant appliqué sur l'apophyse mastoïde ou dans les mains. Il est avantageux de se servir alors d'un rouleau de charbon revêtu de peau de chamois, que le malade tient serré dans la paume de la main.

(1) Il est évident que la dilatation de ce canal n'exclue pas l'emploi de médicaments directement portés sur la muqueuse.

Nous avons fait usage de la galvanocaustique chimique pour obtenir une perforation permanente chez deux malades opérés l'un il y a quinze mois, l'autre il y a six mois; leur perforation s'est maintenue.

Aussi sommes-nous persuadé que ce procédé donnera, dans ce cas, de meilleurs résultats que la galvanocaustique thermique, qui cependant a également rendu d'utiles services à plus d'un praticien.

COMPTE-RENDU

DE LA

SOCIETÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

M. LE Dr BARATOUX lit au nom du professeur MASSÉI, de Naples, une communication sur un cas de **rétrécissement syphilitique de la trachée** (1).

DISCUSSION

M. HERING (de Varsovie). — J'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue chez un malade chez lequel existait une pseudo-membrane située à environ 2 centimètres au-dessous des cordes vocales. N'ayant pu me servir du cathéther, j'ai eu recours à l'incision à l'aide du couteau galvanique, sans obtenir un résultat satisfaisant. C'est alors que je me suis décidé à pratiquer la thyrotomie et en même temps l'incision de la membrane. La plaie a parfaitement guéri, mais le retrécissement a récidivé. Aussi serai-je assez porté à pencher en faveur de l'opinion du Dr Semon, lorsqu'il dit que dans des cas de ce genre l'on a toujours à redouter les récidives et que les résultats sont mauvais. Enfin, je ne crois pas qu'il faille toujours incriminer la syphilis, ces sortes de retrécissements pouvant être les uns occasionnés par la blennorrhée du larynx,

(1) Voir n° 5, 1er Mai 1884, p. 145.

d'autres congénitaux, car j'ai observé un fait analogue chez un enfant de neuf ans.

M. Bayer (de Bruxelles). — J'ai également rencontré deux fois cette sorte de trachéosténose. Chez un des malades syphilitique, la membrane cicatricielle siégeait un peu au-dessus de la bifurcation de la trachée, et toute tentative de traitement était inutile. Chez l'autre l'affection occupait également la partie inférieure du conduit aérien, mais le malade n'était point syphilitique et il s'agissait évidemment dans ce cas d'un rhisnosclérome, ainsi que l'indiquaient les cicatrices constatées dans les fosses nasales et sur le voile du palais. J'avais néanmoins au début pensé à la syphilis ; mais tous les traitement restèrent infructueux.

M. Moura-Bourouillou. — Plusieurs fois j'ai eu l'occasion d'observer des laryngosténoses, et notamment dans un cas, le point rétréci occupait la partie inférieure du cricoïde, qui offrait un aspect gommeux, induré, mais non sanieux. A l'autopsie je trouvais une sorte de gomme ayant environ le volume d'une noisette formée de tissu induré. Dans un autre cas, chez M. Besnier, à l'Hôtel-Dieu, je me suis servi, pour déterminer le siège du rétrécissement, du sthétoscope laryngo-trachéal, et j'ai pu par ce moyen me convaincre que le point rétréci siégeait au niveau du cartilage thyroïde. A l'autopsie, je pus constater que ce carilage, quoique à peine hypertrophié, avait allongé et tiraillé la trachée au point de déformer, d'aplatir ce conduit, et d'occasionner ainsi un rétrécissement d'un nouveau genre.

M. Moure. — Je désirerai demander à M. Hering ce qu'était la voix de la malade avant et après la thyrotomie.

M. Hering. — La voix *avant l'opération* était assez claire et distincte; après existait de l'aphonie par suite de l'inflammation consécutive du larynx. La malade ayant quitté Varsovie avant son entière guérison, je ne puis dire si la phonation redeviendra normale ; mais je l'espère.

La question du rhinosclérome, soulevée par M. Bayer, me paraît intéressante. En effet, cette affection, décrite d'abord par Hébra puis par Mickulicz, Chiari, Ganghofner, etc., n'est pas extrêmement rare, et pour ma part j'en ai vu deux faits bien

nets, dans lesquels il existait des lésions, des cavités rétro-nasales et dans le larynx. La « *chorditis vocalis subglottis* » de Turck pourrait être confondue au premier abord avec le rhinosclérome ; mais l'existence de lésions dans le nez, les arrières fosses nasales et le larynx, doivent faire songer à cette affection. Parfois l'iodure ou le mercure améliorent les malades.

M. NOQUET, présente **deux polypes muqueux de l'oreille.**

« Je n'ai pas l'intention d'étendre longuement cette communication. Les polypes de l'oreille sont suffisamment connus, et je ne pense pas qu'il y ait, à leur propos, rien de bien nouveau à glaner. Cependant, j'ai cru bien faire en vous présentant deux polypes muqueux qui m'ont paru sortir un peu de l'ordinaire. Je voulais, en même temps, vous prier de me dire s'il vous est arrivé souvent de rencontrer des cas semblables aux miens.

» Ces deux polypes, qui sont conservés dans l'alcool, ont été enlevés, en Novembre dernier, à peu de jours d'intervalle. Le premier provient de l'oreille gauche d'un enfant de douze ans. Il remplissait tout le conduit auditif externe jusqu'à son ouverture, où il était visible. Je l'enlevai avec l'anse froide, après chloroformisation. Le second, qui se présentait dans des conditions identiques, a été extrait de l'oreille droite d'une jeune fille de dix-huit ans, de la même façon que le premier.

» Dans les deux cas l'acuité auditive était très diminuée; toutefois, la perception crânienne était bonne, et le diapason, placé sur le vertex, était mieux entendu du côté malade.

» Je n'insiste ni sur les symptômes, ni sur l'opération. J'arrive de suite au point qui m'a semblé intéressant. Ces deux polypes volumineux, qui s'implantaient dans la caisse, sortaient de la cavité tympanique, à travers une très-petite perforation du tympan.

» Les tympans, rouges et épaissis, présentaient, dans leur moitié inférieure, une sorte de fente, à bords un peu irréguliers, paraissant longue d'environ quatre millimètres et large de un millimètre à un millimètre et demi.

Horizontale dans un cas, cette fente était, dans l'autre, dirigée de haut en bas et d'arrière en avant.

» Pour mon compte, j'ai déjà eu l'occasion d'extraire ou de voir un assez grand nombre de polypes s'implantant sur la paroi interne de la caisse; mais c'est la première fois, je dois le dire, que je rencontre, pour des polypes de ce volume, une ouverture aussi étroite. Souvent même il m'est arrivé, après l'ablation de polypes relativement petits, de trouver une large destruction de la membrane tympanique.

» Les polypes en sablier sont, je le sais, signalés dans les auteurs, et j'en ai, du reste, rencontré quelques-uns. Toutefois, ces deux derniers exemples sont tellement accentués qu'ils peuvent être, si j'en crois mon expérience personnelle, considérés comme rares.

» J'ajouterai que le résultat des deux opérations a été très-favorable. Dans les deux cas, l'acuité auditive est redevenue normale.

» Pour détruire les pédicules, je les ai touchés, une seule fois, avec un petit cautère galvanique, et ai fait pratiquer des instillations d'alcool rectifié.

» J'ai revu, dernièrement, mes deux opérés. Il existe encore un peu d'écoulement purulent; mais les perforations ont diminué de longueur, et j'ai tendance à croire qu'elles finiront par se fermer. »

DISCUSSION

M. Garrigou-Désarènes. — L'on peut observer de très gros polypes avec de petites perforations, de même que dans les cas de larges pertes de substance de la membrane tympanique, il n'existe parfois que de très petites végétations.

M. Moure. — En terminant sa communication, M. Noquet nous a dit avoir employé l'acool pour détruire le pédicules des polypes; je profiterai de la circonstance pour demander à nos honorables confrères le résultat de leur expérience sur l'emploi de ce procédé dans les cas de polypes de l'oreille. Aussitôt après la communication de Politzer à ce sujet, j'employais l'alcool pour la destruction des polypes de l'oreille, et je dois avouer que si, dans quelques cas, notamment pour

des néoplasmes assez volumineux, j'ai eu de véritables succès, d'autres fois, pour de simples fongosités de la caisse, ce moyen est resté tout à fait infidèle. Aussi, je me demande si en présence de pareils résultats, on peut affirmer que l'alcool, même bien employé, est un moyen *infaillible* pour faire disparaître *tous* les polypes de l'oreille.

M. Bayer. — Je désire appuyer la manière de voir de notre confrère, ayant eu moi aussi avec ce procédé des succès et des insuccès.

M. Gellé. — Mon expérience concorde avec celle de M. Moure, et je crois que pour toutes les méthodes il ne faut pas trop vouloir généraliser. D'un autre côté il peut se faire également, que ce procédé échoue parce que l'alcool employé n'est pas de bonne qualité.

M. Garrigou-Désarènes. — Il m'est également arrivé de ne pouvoir obtenir la disparition des polypes par ce procédé, et d'autresfois les instillations d'alcool occasionnaient des douleurs tellement violentes que j'ai dû faire cesser son emploi; j'ai recours alors à la cautérisatiou avec une goutte de nitrate d'argent en crayon fondue sur un stylet. Ces cautérisations ne sont pas douloureuses et me donnent, depuis plus de quinze ans, des résultats excellents.

M. Ménière. — M. Politzer m'ayant parlé de son procédé, j'en fis également l'essai avec des résnltats tantôt absolument merveilleux, et tantôt tout à fait nuls.

Parfois le changement dans la méthode employée permet d'obtenir de bons résultats. C'est ainsi que j'ai, dans quelques cas, utilisé d'abord l'alcool, puis remplacé ce topique par un autre, pour revenir ensuite à l'alcool, et j'ai pu obtenir par ce moyen quelques succès alors que j'avais échoué au début.

M. Baratoux. — Il y a dix ans, Weber-Leel avait déjà recommandé les instillations d'alcool dans les cas de polypes de l'oreille. Pour ma part, je me sers avec avantage de l'acide chromique et du chlorure de zinc.

M. Ménière. — J'ai également employé autrefois la liqueur de Vilatte, et souvent avec de bons résultats. On doit encore remarquer, à propos des instillations d'alcool, que souvent ce

liquide ne pénètre pas dans l'oreille et qu'il faut prendre des précautions pour faciliter l'introduction du médicament dans l'oreille.

M. Moura-Bourouillou. — J'ai eu l'occasion d'appliquer dans le larynx, pour des tumeurs épithéliales en choux-fleurs, une solution de chloral au 1/10me. Souvent j'ai vu les tumeurs de cette nature se désagréger sous l'influence de quelques attouchements faits avec ce topique.

M. Noquet. — Les instillations d'alcool rectifié, que j'ai beaucoup employées dans ces dernières années, m'ont donné un bien plus grand nombre de succès que d'insuccès. J'ai vu même des polypes volumineux disparaître par ce moyen.

Je suis disposé à croire que, le plus souvent, les insuccès tiennent ou bien à ce que les instillations sont mal pratiquées par les intéressés, ou bien à ce que l'alcool n'a pas un degré suffisant.

M. Gellé fait une communication sur **les synergies fonctionnelles bi-auriculaires, et étudie l'accommodation des oreilles appliquée à la séméiotique** (1).

DISCUSSION

M. Baratoux. — M. Eithelberg a publié deux cas de synergie fonctionnelle de l'oreille, et, pour ma part, j'ai eu assez souvent l'occasion de voir des malades atteints de surdité nerveuse chez lesquels l'électrisation d'une oreille amenait une amélioration du côté opposé.

M. Gellé. — J'avais d'abord employé l'expression « d'*action sympathique* d'une oreille sur l'autre »; mais en approfondissant le sujet j'ai compris qu'il s'agissait d'un fait physiologique : la synergie fonctionnelle d'accommodation de l'oreille.

M. Moura-Bourouillou. — Cette question de physiologie me semble parfaitement acceptable; cependant, je ne crois pas qu'on puisse en faire une règle générale. En effet, un malade atteint d'altération de l'ouïe d'un côté devrait mal entendre

(1) Voir *Revue*, n° 5, mai 1884, p. 151.

du côté opposé; or, il n'en est rien, et au contraire, quelques malades qui ont perdu une oreille pendant leur enfance, entendent parfois mieux de l'oreille restée saine qu'une oreille normale ordinaire.

M. Gellé. — Je ferai observer que je ne parle que de l'état sain comme condition de mon expérience et de la démonstration d'une synergie fonctionnelle bi-auriculaire.

M. Moura-Bourouillou. — Pendant le sommeil ou après le travail, on éprouve des bourdonnements qui sont parfois unilatéraux et parfois bilatéraux : ce sont, je crois, des phénomènes d'ordre réflexe.

M. Bayer. — Plusieurs fois j'ai constaté également, après une insufflation d'air dans la caisse, une amélioration de l'oreille opposée.

M. Gellé. — Je ne nierai point qu'il s'agisse de phénomènes réflexes; mais il me semble logiquement admissible que les deux oreilles doivent s'accommoder ensemble.

M. Moura-Bourouillou. — Je ne crois point, pour ma part, que cette synergie soit nécessaire, car l'on peut, par l'habitude, se servir de deux oreilles accommodées d'une manière différente.

M. Noquet. — J'ai eu également l'occasion d'observer une amélioration d'une oreille en traitant celle du côté opposé, et j'ai notamment observé ce fait dans des cas de bouchons de cérumen.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Un cas d'inflammation purulente des deux glandes sous-maxillaires (*Wienner Médizinische, Presse* 1882, n° 46).

Ce cas s'est présenté chez un enfant de quatorze ans. Ce qui rendait le diagnostic tout à fait certain, c'est que, par la pression, l'on voyait le pus sourdre par l'orifice des canaux de Wharton. Les inflammations purulentes des glandes salivaires sont rares dans la première enfance. Elles sont favo-

risées par certains processus physiologiques propres à ces glandes après la naissance.

Ces inflammations sont secondaires ou métastatiques lorsqu'elles se déclarent à la suite d'une infection, comme chez le nouveau-né; elles peuvent encore se produire par extension d'une inflammation catarrhale de la muqueuse buccale. Cette extension est fréquente dans les cas de processus ulcératifs de la muqueuse buccale : ce qui arrive souvent chez les nouveau-nés lorsqu'on nettoie leur bouche avec un doigt qui n'est pas propre.

De nombreuses autopsies ont démontré des abcès miliaires dans le tissu des glandes salivaires, sans que pendant la vie rien n'ait fait supposer leur existence.

Dans le cas présent, les glandes linguales semblaient également atteintes, à cause du soulèvement du plancher de la bouche qui parfois est tellement considérable que l'enfant est dans l'impossibilité de téter.

L'ouverture spontanée ou chirurgicale de l'abcès amène la guérison.

C. Goris.

Du myasis et ses auteurs; *(Wiener medic. Wochenchr*, n° 31, 1883*)*. par le Dr Low, de Vienne.

En faisant quelques observations relatives à la communication du Dr Kirschmannn « sur les larves d'œstres observées chez l'homme », dans l'intention d'attirer l'attention des médecins sur cette maladie, provoquée par des larves de diptères et appelée par Hopse « Myasis », l'auteur a déjà essayé, dans le *Wien. Med. Wochenschr*, n° 9, 1882, de prouver en partie par la littérature, et en partie par les communications mêmes du Dr Kirschmann, que ce ne sont pas les larves d'œstre (œstridæ) qui provoquent cette affection, mais bien celles de Muscides (sarcophaginæ et muscinæ). En même temps il conseillait, dans l'intérêt de la science, d'envoyer les larves, si l'on avait l'occasion d'en observer, à un homme faisant autorité en cette matière, pour en déterminer exactement l'espèce. Le Dr W. Thomas, de Ohrdruf, qui avait observé un cas de Myasis, au mois d'août 1868, à Herrenhoflez-Ohrdruf, chez une femme âgée de soixante-onze ans, fit parvenir à l'auteur les notes suivantes : La malade, atteinte

depuis longtemps d'ozène, fut atteinte le 3 août d'érysipèle peu intense du côté droit du nez et de la joue; peu de fièvre, mais grande inquiétude et impossibilité de respirer par le nez. Le 6 Aout, deux larves de diptères, assez grandes, sortirent de la narine droite, d'où elles firent encore issue le 13, les unes d'elles-mêmes, les autres en mouchant, et d'autres furent extraites au moyen de la pince, opération qui fut facilitée par la couleur jaune-blanchâtre des larves qui reluisaient dans la narine. Une fois, fut extraite en même temps une partie de cornet carié. Tous les symptômes disparurent après l'extraction des larves.

En même temps le D[r] Thomas, qui avait gardé ces larves les envoya au D[r] Löw, qui les fit examiner par le Prof. D[r] F. Brauer, conservateur au musée zoologique de la Cour à Vienne. L'examen démontra qu'elles représentaient l'espèce de *Sarcophila Wohlfarsi Post. (S. magnifica Schin.)*, espèce rencontrée dans tous les cas de Myiasis observés jusqu'ici en Europe. Et Löw avait raison!

Suit alors l'énumération des différents cas de Myiasis publiés dans la littérature, y compris ceux observés dans l'Amérique du Nord et dans l'Inde orientale.

L. Bayer.

Observation de fistule médiane complète et congénitale du cou; (*Virchow's Archiv.*, Bd XCII. et *Centralbl. f. Chir.*, n° 41, 1883.) par le D[r] Berg, à Ulm.

Berg trouve chez un conscrit, immédiatement au-dessus de l'échancrure thyroïdienne supérieure, au milieu du cou, une petite fistule, sécrétant un liquide visqueux. Cette sécrétion existe depuis la naissance, avec des courtes interruptions pendant lesquelles apparaît un écoulement purulent de l'oreille gauche. Pas d'antécédents héréditaires. Essai d'obstruer l'orifice de la fistule au moyen du galvano-cautère; écoulement de l'oreille. Après l'essai manqué, la sonde pénètre de 1 centimètre dans la fistule; incision du canal sur une longueur de 3 centimètres; la sonde pénètre au-dessous de l'os hyoïde sans cependant atteindre l'orifice pharyngien. Les injections de solutions de quinine de sel, de sucre, d'acides dilués, dans la fistule, donnent des sensations de goût correspondant à la substance injectée, de sorte que la communica-

tion avec le pharynx ne laissait plus aucun doute. D'après Berg, il faut chercher l'origine de la fistule, dans la première jusqu'à la troisième ouverture branchiale (Visceralopalte). L'auteur croit pouvoir expliquer les relations entre la fistule du cou et de l'oreille, par ce fait que l'oreille est formée par l'extrémité de la première ouverture branchiale.

Deux cas de carcinome du larynx *(Two cases of carcinoma of the larynx with remarks)* (*The Brit. med. journ.*, 8 Mars 1884); par le Dr Henry T. Buttlin.

A propos de deux malades observés récemment, M. Buttlin fait remarquer d'abord que le diagnostic a été facilité par l'excision d'une partie de la tumeur, qui a permis d'en reconnaître la nature, cette opération n'offrant aucun inconvénient, permettant au malade de respirer ensuite plus librement. En second lieu, bien que chez les deux malades l'affection ait été intrinsèque, les ganglions du cou se sont engorgés, fait prouvant que la théorie de Krishaber ne saurait être généralisée. Enfin, si l'expérience actuelle prouve que l'excision partielle ou totale du larynx est inutile et même dangereuse, il semble cependant raisonnable de supposer que si l'opération était pratiquée dans des cas de carcinomes intrinsèques, elle pourrait donner de meilleurs résultats (1).

De la sténose du larynx; par le Dr Godefroid Scheff, à Vienne, (*Wiener Medicinische Zeitung*, n° 34 et n° 37, 1883).

Les causes sont externes ou internes.

Parmi les premières, on trouve : 1° les blessures par armes à feu; 2° les commotions du larynx, l'introduction de corps étrangers; 3° les brûlures au moyen de boissons chaudes, les contusions occasionnant un œdème par suffusion du sang, ou même une déchirure de la muqueuse; 6° les fractures et les luxations des cartilages laryngés; 7° les plaies par instrument tranchant (tentatives de suicide), et par déchirement; 8° d'autres causes plus éloignées telles que : l'hypertrophie

(1) Le fait récent que j'ai communiqué à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie (Séance du 10 avril 1884), est loin de confirmer cette manière de voir. E. J. M.

du corps thyroïde, du thymus, des ganglions lymphatiques, l'anévrysme de l'aorte, du tronc brachio-céphalique, et surtout les tumeurs siégeant au cou et dans le médiastin : Toutes ces lésions donnent lieu aux sténoses par compression.

Parmi les internes, il y a à noter : la syphilis (Desprès, Sommer, Schrötter, Virchow, Hüter). Lorsque les ulcères occupent le bord libre des cordes vocales, ils peuvent donner lieu à leur soudure; lorsqu'ils siègent sur les cartilages, la chute de la portion nécrosée peut déterminer un affaissement des parties molles; de là un rétrécissement de la cavité laryngée; enfin les maladies infectieuses telles que le typhus et la variole, occasionnent souvent à la partie postérieure du larynx la formation d'ulcères dont la cicatrisation rétrécit la lumière de l'organe.

Des sténoses laryngées se déclarent encore par paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs et par végétation granuleuse des bords ou du fond d'un ulcère.

L'auteur cite un cas de sténose congénitale du larynx où les cordes vocales étaient réunies au moyen d'une membrane présentant l'aspect d'un diaphragme.

Les sténoses se déclarent peu à peu, d'une façon insensible, lorsqu'elles arrivent à la fin des différents processus pathologiques; ou bien brusquement, sans aucun prodrome lorsqu'elles sont dues à des causes accidentelles (blessures, contusions, etc).

Il faut que le médecin s'informe toujours si le patient est syphilitique et s'il a eu d'autres maladies.

Le diagnostic ne peut s'établir d'une façon certaine que par l'examen laryngoscopique, qui n'est pas toujours possible.

Autrefois, tout le traitement de la sténose laryngée consistait dans l'emploi de la scarification, de la galvano-caustie et enfin de la trachéotomie. Nous avons aujourd'hui deux méthodes de dilatation mécanique du larynx :

1° L'introduction d'un tube creux dans le larynx (avant de faire la trachéotomie);

2° La dilatation méthodique (après la trachéotomie). D'après Hering, de Varsovie, le tubage du larynx est indiqué généralement dans toutes les sténoses aiguës, menaçant le malade d'une asphyxie prompte; la dilatation méthodique conviendrait mieux dans les sténoses chroniques.

Quant à l'auteur, il rejette le tubage du larynx dans les

sténoses, parce que, dit-il, on n'est jamais sûr de ne pas augmenter le gonflement inflammatoire de la muqueuse par cette opération; il préfère n'employer le tubage que dans les sténoses chroniques; dans tous les autres cas, il pratique la trachéotomie et a recours alors à la seconde méthode.

Pour finir, l'auteur décrit un cas intéressant qu'il lui fut donné d'observer. Il s'agissait d'un homme présentant depuis huit mois des phénomènes de toux et de raucité de la voix. L'examen de la poitrine, de la bouche, du pharynx ne démontrait rien de pathologique. Mais le laryngoscope révéla : à l'angle antérieur formé par la réunion des cordes vocales, un gonflement conique de la grosseur d'un grain de chanvre; au dessous des vraies cordes vocales, dans la partie sous-glottique, deux tumeurs fibreuses, d'aspect grisâtre, occupant les parties latérales du larynx; ces deux tumeurs, immobiles pendant l'expiration et l'inspiration, se réunissaient en avant, et formaient à la partie postérieure du pharynx un « granulome de la grandeur d'une lentille.

La raucité de la voix était due à ce que les cordes vocales ne produisaient pas pendant la phonation des vibrations d'amplitude égales.

Il fut impossible au Dr Scheff de déterminer la nature de ces tumeurs. Le tubage du larynx mis en usage fut mal supporté, et le malade quitta l'hôpital non guéri.

C. Goris.

La tuberculose du larynx et son traitement; par Ph. Schech.

Le point de départ et la seule cause de toutes les lésions observées dans la phthisie laryngée et l'infiltration de la muqueuse par des véritables tubercules. La tuberculose du larynx est généralement précédée par la tuberculose pulmonaire, mais elle peut être primitive; dans ce cas elle ne reste pas limitée dans le larynx, bientôt la dégénérescence caséeuse et la destruction de cette infiltration produisent soit de petites ulcérations superficielles (dites aphteuses), soit des altérations profondes qui peuvent dénuder les cartilages, sans éliminer ou causer une luxation des aryténoïdes. etc. Les ulcérations laryngées de phthisiques, dans lesquelles on ne découvre pas de tubercules, doivent être regardées quand même, comme tuberculeuses, car les tubercules ont déjà été éliminés.

La tuberculose est au début et dans la plupart des cas, unilatérale et du côté du poumon malade.

L'infiltration tuberculeuse de la région inter-aryténoïdienne en forme d'excroissances coniques, de mauvaise augure, d'après Störck, se rencontre le plus fréquemment. L'auteur en cite deux cas.

L'infiltration tuberculeuse de la corde vocale produit d'abord un engorgement verruqueux, ensuite des ulcérations longitudinales étagées ou des ulcères triangulaires des processus vocaux; les replis ventriculaires deviennent rugueux, se recouvrent d'ulcérations à fond jaunâtre, et les ligaments ary-épiglottiques atteints généralement d'un seul côté présentent un gonflement pyriforme occupant les l'aryténoïdes et permettant à lui seul, de songer à une périchondrite; l'épiglotte immobilisée par l'œdème est considérablement épaissie en forme de turban.

Le diagnostic n'offre pas en général de difficulté. Il est douteux jusqu'ici, que l'on puisse constater toujours la présence des bacilles tuberculeux. Les tubercules logés au-dessous de l'épithélium ne sont visibles au moyen du laryn-goscope qu'exceptionnellement. Le pronostic très défavorable en général, n'exclut pas la possibilité de guerlon.

La thérapeutique renferme les différentes méthodes et principes déjà connus. (*Sammlung klin. Vorträge* n° 230 et *Centralbl. für chir.*, n° 52 1883).

BAYER.

Nouveau diverticule de la cavité rétro-nasale; *(Wirchows Arch.*, XCIV. p. 1. et *Centralbl für die Medic. Wissensch*, n° 47. 1883.) par O. PERTIT.

L'auteur décrit un large appendice creux de la paroi extérieure de la cavité rétro-nasale, qui fut trouvé sur le cadavre d'un homme de cinquante-cinq ans, au-dessus du bord concave supérieur du constricteur supérieur. Symétriquement établi de deux côtés, il faisait saillie, surtout latéralement, comme une hernie. On pouvait introduire des instruments par le méat inférieur du nez et constater qu'il était rempli de sang coagulé. Quant à son origine, on pourrait la regarder comme des «*puncta minoris resistentiæ*,» de la paroi latérale de la cavité rétro-nasale; d'autant que le patient, un

fort priseur, fumeur et buveur, était atteint depuis longtemps de surdité et d'obstruction du nez qui le forçaient à faire de fortes aspirations nasales. La pression latérale dans les narines aurait été tellement augmentée, qu'elle aurait déterminé la formation de ces véritables diverticules de la fossette de Rosenmüller.

L. Bayer.

Du traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par la méthode de l'électrolyse. *(Gazette des hôpitaux*, 18 mars 1884); par M. le Dr Gellé.

M. Gellé communique à la Société de Biologie les résultats de sa pratique au sujet de cette nouvelle méthode de traitement. Dans quatre cas, où il a pu suivre et étudier l'effet de la méthode de l'électrolyse appliquée aux rétrécissements tubaires, il a vu la stricture céder et la circulation de l'air devenir possible par la douche Politzer, mais non pas par la déglutition. Dans tous ces cas, l'état de la caisse a paru influencer beaucoup plus les résultats obtenus au point de vue de l'audition que ne l'avait fait le rétablissement de la circulation d'air intra-tympanique.

J. Ch.

CORRESPONDANCE

Réponse à la réclamation de M. le Dr Labus par le Dr Garel, *médecin des hôpitaux de Lyon.*

Je serai bref au sujet de la réclamation du Dr Labus relative au laryngofantôme que j'ai présenté au mois de janvier à la Société française d'Otologie et de Laryngologie. Lorsque M. Labus a eu la bonté de me faire connaître son appareil à sa clinique de Milan, je me suis empressé d'en faire l'acquisition.

Tout en reconnaissant combien son système était ingénieux pour imiter les réflexes du malade, j'ai bien vite vu que l'appareil était très insuffisant au point de vue des exercices opératoires sur le larynx.

J'ai cherché à le compléter. C'est en passant par diverses transformations que je suis arrivé à fabriquer un véritable larynx sensible pouvant donner à l'élève une précision mathématique en même temps qu'un contrôle visible de la rapidité des opérations. Or, il n'existe rien de semblable ni dans l'appareil de M. Labus, ni dans aucun autre.

Pour M. Labus, perfectionner un appareil c'est le simplifier dans sa construction, de là son idée de remplacer le larynx par une image ou mieux par un plan horizontal avec ouverture triangulaire. Sur cette surface plane vont se passer toutes les opérations. C'est assez dire que les sensations de relief et de profondeur des diverses parties du larynx échapperont complètement à l'élève, on le voit, la simplification est par trop élémentaire, et tel élève devenu très habile sur l'appareil de M. Labus pourra être fort embarrassé en présense d'un malade. M. Labus critique l'introduction d'un larynx artificiel dans mon appareil, c'est comme s'il venait dire que les amputations et les ligatures s'apprennent mieux dans les Atlas d'anatomie que sur un cadavre. Quant au mécanisme adopté au larynx artificiel, il m'est personnel et n'a jamais existé dans aucun autre appareil.

Il déplait à M. Labus, je n'ai pas à le discuter; mais il peut plaire à d'autres, j'en donnerai même pour preuve une demande qui m'en a été faite récemment par un savant professeur de Philadelphie.

Jusqu'à présent, je me suis servi avec avantage de mon appareil dans les leçons que j'ai faites à la clinique de mon maître, M le professeur Lépine, c'est pour cette raison que je tenais à le faire connaitre.

Il suffit de comparer les descriptions de l'appareil de M. Labus et du mien pour voir la grande différence qui existe entre les deux. Si j'ai ajouté au mien le mécanisme des reflexes imaginé par M. Labus, je crois n'avoir manqué à aucun de mes devoirs, en disant dès la première phrase que mon appareil était un perfectionnement du laryngo-fantôme du D[r] Labus. Je ne me doutais pas qu'un hommage rendu aussi ouvertement au savant professeur de Milan, put être interprèté de la sorte.

En effet, si de l'appareil de M. Labus on retranchait son conduit bucco-pharyngien simulant les reflexes, il faut bien avouer qu'il resterait peu de chose, tandis que pour le mien, je puis supprimer tout le système de M. Labus, et il restera néanmoins un instrument très complet. Pour M. Labus je n'ai fait qu'une invention *inutile*. La manière dont est formulée cette appréciation, indique nettement l'idée qui l'inspire, aussi je puis désormais ne plus ajouter à mon appareil le petit mécanisme de M. Labus, qui n'en était à vrai dire, qu'une partie très secondaire. Mon appareil n'ayant alors aucun rapport avec le sien, je n'aurai plus à encourir que des critiques d'ordre purement scientifique.

Le propriétaire-gérant, D[r] E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16

5e Année. N° 7. 1er Juillet 1884.

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Epithélioma primitif du larynx. — Thyrotomie; récidive. — Mort;

par le Dr E. J. Moure (1)

Depuis quelques années la chirurgie a fait de tels progrès, que les opérations les plus invraisemblables sont presque devenues courantes, aujourd'hui l'ovaroitomie, la splénotomie, etc., sont devenues monnaie courante et les succès obtenus jusqu'à ce jour sont, il est vrai, des plus encourageants.

C'est aussi depuis ces dernières années que certains chirurgiens ont eu l'idée de pratiquer une opération qui semblait devoir fatalement entrainer la mort, je veux parler de l'extirpation du larynx.— Malgré les difficultés opératoires, malgré les nombreux dangers qui accompagnent toujours un traumatisme de ce genre, plu-

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 10 avril 1884.

sieurs chirurgiens ont pensé de sauver leur malade en pratiquant une opération qui reste encore une des plus dangereuse de la chirurgie moderne, et à laquelle l'expérience n'a pas, jusqu'à ce jour, donné une sanction définitive. C'est pour arrêter un peu l'engouement qui semblait s'emparer des chirurgiens, que le Dr Solis Cohen publiait récemment une intéressante brochure, dans laquelle il envisageait la question sous un point de vue réellement pratique, à savoir si l'extirpation du larynx tendait à prolonger la vie du malade? (1) « Que l'on puisse extirper le larynx sans occasionner la mort, disait cet auteur, le fait est certain, mais que l'opération prolonge davantage la vie du malade qu'un traitement palliatif n'est pas aussi évident. En effet, sur 65 cas d'extirpations complètes du larynx (comprenant les statistiques de Mackensie, Foulis, Bruns et Burow), quatre malades furent opérés pour des tumeurs bénignes, et deux succombèrent au bout de quelques jours, les deux autres ont été opérés il n'y a pas longtemps encore. Sur cinq cas d'extirpation pour des sarcomes, le résultat fut exceptionnel deux fois (cas de Bottini, de Turin et de Caselli, de Reggio-Emilia).

Sur cinquante-six malades opérés pour des carcinomes plus de 30 0/0 périrent dans les huit jours qui suivirent l'opération et 62 1/2 0/0, six mois après. Ainsi, on le voit, les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont loin d'être des plus brillants et pour quelques rares malades sauvés, au prix de quel sacrifice ; la mortalité est encore trop considérable pour encourager les chirurgiens dans une voie qui paraît si périlleuse. Je sais bien que la plupart des malades ont été opérés dans des conditions extrêmement défavorables, que dans la plupart des cas il s'agissait, non d'une affection primitive du larynx localisé à cet organe, mais bien de néoplasmes ayant envahis généralement les parties extra-laryngiennes, voire même la base de la langue ; et par conséquent l'opération nécessitait alors de vastes délabrements qui faisaient courir aux malades des risques considérables.

(1) *Does Excision of the larynx tend to the prolongation of life* (Trans. of college of phys. Séance du 4 Avril 1883, Philadelphie.

Mais étant donné la situation du larynx, ses rapports avec des organes importants, il n'en est pas moins vrai que, même dans des cas bien nets et bien limités, l'opération est et sera toujours extrêmement périlleuse, et si le faits, encore trop peu nombreux, ne permettent pas de condamner d'une manière définitive une opération aussi grave, ils doivent au moins faire réfléchir le chirurgien et le pousser à n'opérer que pour les cas ou l'affection est encore assez limitée, et la cachexie assez peu avancée pour qu'il puisse agir avec quelques chances de succès.

Si l'extirpation du larynx ne me paraît pas encore devoir entrer dans le domaine de la chirurgie, l'on peut se demander si la thyrotomie, opération bien plus facile à pratiquer et moins dangereuse, ne pourrait pas lorsqu'il s'agit de tumeurs nettement intra-laryngiennes, offrir des avantages plus marqués.

Je dois avouer que, pour ma part et après essai, je suis de ceux qui repoussent l'opération comme inutile, étant donné la facilité avec laquelle repullulent les néoplasmes malins de la muqueuse du larynx, même après avoir pris les plus grandes précautions pour se mettre à l'abri des récidives.

La thyrotomie, dans les cas de cancer du larynx, me paraît être un supplice de plus pour le malade et un triste spectacle donné à la famille, qui assiste à une agonie encore plus terrible et plus repoussante que celle des cancéreux morts dans le marasme, sans cette plaie béante par laquelle vient faire issue le néoplasme bourgeonnant.

C'est après avoir assisté à cette scène que je me permet de venir vous en retracer le tableau écœurant et vous faire part de mon expérience, malgré le peu de succès d'une opération tentée dans le but de sauver la malade. C'est aussi parce que la science se fait peut-être mieux par l'exposé des insuccès, qu'en signalant les faits heureux que je me permet de vous rapporter l'observation suivante, qui me paraît porter en elle un enseignement précieux dont, pour ma part, je saurai profiter :

OBSERVATION

Le 19 février 1881, Mlle X..., âgée de 34 ans, m'est adressée par un confrère de la ville de Bordeaux, pour une aphonie et une gène prononcée de la respiration.

La malade est enrouée depuis déjà plusieurs années et a déjà suivi à Cauterets un traitement thermal qui n'a apporté aucun changement à son état.

Antécédents héréditaires : nuls.

Au moment ou elle vient chez moi, elle me raconte que depuis déjà plusieurs mois, et malgré divers traitements régulièrement suivis, elle a peu à peu perdu la voix, depuis plusieurs jours même, ajoute-t-elle, la respiration est moins libre, elle est essouflée quand elle marche.

L'état général n'est pas excellent, la malade a maigri, elle tousse et a l'aspect assez chétif; néanmoins les fonctions digestives s'accomplissent d'une manière normale.

A l'examen, le pharynx est normal, peut-être un peu décoloré.

Le laryngoscope, révèle l'existence d'une arthrite ancienne de l'articulation crico-aryténoïdienne droite, ayant déterminé une ankylose de cette jointure, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre par l'absence de mouvements presque complets de la corde vocale de ce côté.

La bande ventriculaire de ce côté est exulcérée à sa surface, *non bourgeonnante*, la corde vocale un peu catarrhale et détendue. Du côté gauche, très mobile, on constate l'existence d'un peu d'œdème sous-glottique.

Je prescris à l'intérieur des toniques (H. f. M. arsenic, jus de viande, etc., etc.) et localement des pulvérisations phéniquées.

Le 26 février, c'est-à-dire 7 jours après, la dyspnée a augmenté au point que la malade ne peut se rendre chez moi. Elle a un peu de cornage aux deux temps de la respiration, et l'examen révèle un peu de gonflement œdémateux un peu plus prononcé au niveau de la muqueuse trachéale.

Antiphlogistiques qui diminuent la dyspnée et permettent à la malade de faire un peu de mouvement dans la chambre.

2 avril. — Je suis de nouveau appelé auprès de la malade par son médecin pour pratiquer l'examen laryngoscopique et,

à cette époque, au lieu d'une simple exulcération siégeant sur la bande ventriculaire droite, je constate l'existence de petits mamelons rougeâtres, qui offrent un aspect fongueux, muriforme, sans cependant faire une saillie bien considérable au-dessus de la muqueuse qui est tuméfiée et assez rouge dans les points environnants.

Les jours suivants, la gêne respiratoire faits des progrès, la malade est prise d'accès de suffocations qui menacent son existence et l'on doit songer à une intervention plus active.

Le 11 avril, nous pratiquons la trachéotomie avec mon confrère, le Dr Dudon, opération qui n'offre rien de particulier à signaler; cependant, dans la soirée, la malade est prise d'une légère hémorrhagie qui s'arrête facilement; la respiration par la canule se fait d'une manière normale.

Le 16 avril, l'examen laryngoscopique me permet de constater que la bande ventriculaire droite est recouverte d'une tumeur framboisée, ayant environ le volume d'une cerise et soulevant déjà l'opercule glottique.

Le 28 avril, le néoplasme obstrue presque complètement l'orifice du larynx et je fais un attouchement avec de l'acide acétique, que je continue régulièrement pendant plusieurs jours, sans constater la moindre amélioration.

Le 21 mai, la malade se plaint, *pour la première fois*, de lancements douloureux à la nuque, dans les oreilles, et vers la région temporo-maxiliaire; la diglutition est un peu gênée et douloureuse par moment. — Pas d'engorgement ganglionnaire.

A partir de cette époque la malade, très intelligente, devient morose, impatiente, insistant pour obtenir une guérison plus rapide, en un mot, le chagrin et la peur s'emparent d'elle, et la famille insiste auprès de nous pour demander une intervention plus active et plus radicale.

C'est alors que nous proposons de pratiquer la thyrotomie et l'extirpation complète du néoplasme par l'ouverture thyroïdienne, opération qui est acceptée et pratiquée le 21 juin par mon savant confrère le Dr Dudon.

Après avoir introduit dans la trachée la canule tampon de Tredelenburg, la thyroïde fut sectionnée sur la ligne médiane et l'incision réunie avec l'ouverture faite à la trachée lors de la première opération (trachéotomie); une fois le cartilage sectionné, ce qui fut fait facilement, nous écartâmes les deux

ailes pour mettre à découvert la cavité du larynx, qui se trouvait complètement remplie par le néoplasme qui avait atteint le volume d'un bel œuf de pigeon; au-dessous de cette tumeur et sur les parois de la trachée, elle-même, jusqu'au point ou se trouvait la canule existaient également des tumeurs fongueuses, dont nous ne soupçonnions point l'existence, qui remplissaient la cavité de ce conduit.

Tous ces néoplasmes furent enlevés avec le plus grand soin et après avoir raclé et le larynx et les parois de la trachée, les points d'implantation furent cautérisés avec le thermo-cautère.

L'opération terminée, la plaie fut refermée par le simple rapprochement des ailes du thyroïde, mais sans aucun point de suture et l'on appliqua un pansement de Lister. La canule tampon fut laissée à demeure pendant 24 heures.

Les suites de l'opération furent des plus naturelles, la malade put dès le lendemain avaler sans difficulté et la plaie sembla, *dès le début*, marcher vers une cicatrisation assez rapide.

Le 4 juillet, vu la difficulté et la douleur qu'occasionnait à la malade l'inspection de la cavité laryngienne par l'orifice de la plaie, je pratiquais l'examen laryngoscopique et quel ne fut pas mon étonnement de constater l'existence d'une tumeur presque aussi volumineuse que celle enlevée 12 jours auparavant, occupant le même point de l'organe, c'est-à-dire la surface de la bande ventriculaire droite. La tumeur avait donc récidivé sur place.

Il ne fallait point songer à une nouvelle intervention chirurgicale, la malade étant opposée à toute médication active. — De nouveau j'essayais, mais sans succès, les attouchements caustiques de la tumeur.

La famille, désireuse de tout tenter, même l'impossible, pour sauver la malade, me harcelait chaque jour pour agir d'une manière plus active au point que je proposais alors l'extirpation du larynx, non sans avoir fait part de tous les dangers de l'opération et de la possibilité d'une récidive de la tumeur sur la plaie elle même; l'opération fut repoussée.

C'est peu de temps après que commença cette triste scène dont je parlais au début de ma communication, et au spectacle d'une malade se mourant d'inanition et dans le marasme vint s'ajouter celui d'une plaie hideuse, occupant toute

la partie antérieure du cou, à travers laquelle venaient faire issue quelques bourgeons charnus que les cautérisations parvenaient à peine à maîtriser, et une suppuration fétide et abondante qui exigeait des pansements quotidiens et des soins continuels, pour éviter que la malade ne s'empoisonnât elle-même.

C'est après dix mois et demi d'une existence misérable que la malade succomba (le 18 mai 1882) des suites de sa terrible affection.

RÉFLEXIONS. — En dehors de quelques considérations dont j'ai fait précéder cette observation, je me permettrai de relever un fait qui peut avoir son utilité pratique et que d'autres auteurs ont, du reste, signalé avant moi, à savoir que dans le cas de cancer du larynx, alors que le chirurgien est obligé d'intervenir pour permettre au malade de respirer, en créant une ouverture artificielle dans la trachée, on doit *toujours* ouvrir ce conduit le plus bas possible, afin d'éviter la tumeur et les accidents qui seraient la conséquence de l'introduction de la canule dans l'épaisseur du néoplasme, c'est dire que *dans tous les cas de ce genre* il faudra rejeter la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, pour pratiquer la trachéotomie inférieure.

Cette manière d'agir aura, en outre, l'avantage d'éviter plus facilement la pullulation du néoplasme dans l'ouverture de la canule et l'asphyxie qui en est la conséquence fatale. — Enfin, une dernière précaution qui mérite d'être signalée, surtout lorsqu'on a affaire à certaines femmes dont le corps thyroïde est assez développé, c'est le choix d'une canule *assez longue* qui pénètre facilement et descende de plusieurs centimètres dans la lumière du conduit trachéal.

Permettez-moi de faire remarquer, en terminant, que l'observation que je viens d'avoir l'honneur de vous communiquer, est un cas remarquable et bien net d'épithélioma du larynx primitif et localisé à cet organe ; je dis épithélioma, car l'examen microscopique de la tumeur a révélé sa nature épithéliale.

Paralysie du voile du palais consécutive à la diphtérie ; diplégie faciale ; déformation de la bouche en museau.

Par le Dr L. Bayer, de Bruxelles (1).

Que la diphtérie entraîne à sa suite des paralysies, c'est un fait connu depuis longtemps. Les rapports de ces paralysies avec la diphtérie ont été décrits déjà au siècle passé, par Chisi 1748, Chomel 1748, et Samuel Bard 1771. Ces auteurs ont parfaitement expliqué cette connexion, aussi est-il étonnant, qu'on ait continué, malgré ces publications à mal interpréter ces symptômes en les attribuant à un état morbide de simple faiblesse ou en les regardant comme le résultat d'une maladie grave, et comme analogues aux paralysies consécutives au typhus, au choléra etc,

Bretonneau est de nouveau le premier, qui à la suite de l'épidémie de Tours, 1843, signalait la fréquence des paralysies du voile du palais à la suite de la diphtérie, jusqu'à ce que Trousseau fit entrer définitivement cette lésion dans le cadre nosologique. Aussi personne ne conteste plus cette vérité, sans que la cause intime de ce processus pathologique soit toutefois plus claire pour cela.

Trousseau et Lasègue prirent d'abord la paralysie du voile du palais pour une suite de l'inflammation locale. Plus tard Trousseau l'attribua à l'influence du virus diphtéritique sur tout le système nerveux.

H. Weber invoque une altération nerveuse centripète, échappant à nos moyens actuels d'investigation, et ayant son analogie dans le processus pathologique qui se présente dans le tétanos traumatique, appelé par Senator « neuritis migrans ». Krafft-Ebing se prononce également pour une cause périphérique. Tout en admettant que dans certains cas la paralysie pourrait se propager de la partie affectée vers le centre, Jacobi soutient qu'il y a des cas, où la nature centrale de l'affection est incontestable.

Bùhl a trouvé des hémorrhagies dans la substance corticale et médullaire du cerveau, dans les ganglions spinaux et dans la substance grise de l'épine dorsale.

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie,* séance du 11 avril 1884.

Le fait que les nerfs paralysés ne sont pas limités par le siége de la maladie, prouve à Jacobi, que la circulation du sang sert à la distribution du virus dans l'organisme.

Contrairement à Oertel et à Seitz, Weber et Jacobi nient que le point de départ constant de la paralysie diphtéritique se trouve dans le voile du palais, et que les localisations paralytiques suivent un ordre déterminé; au contraire, le signe caractéristique de la paralysie diphtéritique, serait d'être irrégulière, de changer de place et de faire des sauts d'une partie du corps à une autre.

La meilleure preuve que la paralysie ne dépend pas absolument du siége local de l'affection, est fournie par les observations de Philippeaux, Trousseau, H. Weber et autres, où le voile du palais et le pharynx furent paralysés, tandis que le processus local se trouvait sur une tout autre partie du corps.

Depuis l'observation de « l'épidémie de paralysie diphtéritique sans affection pharyngée » de Boissarie, je crois, il n'y a plus à revenir sur cette question. Boissarie a constaté dans cette épidémie, des paralysies d'apparition subite non précédées d'angine et ni de fausses membranes; les malades succombèrent souvent en quelques heures ou en quelques jours; dans d'autres cas la paralysie resta le premier symptôme, mais fut suivi d'angine diphtéritique; un troisième ordre fut représenté par des affections diphtéritiques à marche régulière qui ne furent ni suivies ni précédées par des paralysies.

Après tout cela nous pouvons, dans la plupart des cas, regarder comme cause de ces paralysies une altération nutritive de l'appareil nerveux par le virus diphtéritique, d'autant plus, que bon nombre de paralysies disparaissent relativement en peu de temps, ce qui n'est certainement pas le cas, quand la paralysie est produite par un processus pathologique altérant l'appareil central. Heureusement ces cas ce rencontrent moins souvent. Je communiquerai tout à l'heure une observation de ce genre.

Quant au siége de la paralysie diphtéritique, elle a certainement ses prédilections et elle suit le processus local de la maladie. Comme celle-ci s'établit générale-

ment sur le voile du palais et dans le pharynx, celle-là envahit de préférence ces mêmes endroits.

Je n'insisterais pas longuement sur les symptômes, qu'elle occasionne ; tout le monde les connait : nasillement, difficulté d'articuler, qui rend la parole incompréhensible, dysphagie, régurgitation des liquides par les narines, impossibilité de sucer, de se gargariser et de gonfler les joues; amas de mucosités dans la cavité naso-pharyngienne à cause de l'impossibilité de les expectorer, les constricteurs étant paralysés, comme je l'ai démontré, et comme j'ai rencontré dans ces derniers temps, un cas typique. Plus grave devient la situation, quand le larynx est pris et la muqueuse laryngée se trouve dans un état d'anethésie, c'est alors, que des corps étrangers peuvent s'introduire dans le larynx et la trachée (cas de Vögel), pendant l'inspiration et causer la mort subite (cas décrits par Tardieu, Rocher, Peter, Mosler, Adler), ou une pneumonie par ingesta.

Comme fréquence la parésie d'accomodation (Donders), suit de très près la précédente. Cette dernière est généralement bilatérale et causée par la paralysie du muscle interne de l'œil.

Ensuite viennent les extrémités, et ce sont les extrémités inférieures, qui ont la préférence.

Plus rares sont les paralysies laryngées, qui se présentent comme sympôme propre, ou consécutivement à la paralysie pharyngée. Aussi l'anesthésie du larynx, comme nous avons déjà mentionné, peut se produire par la paralysie du laryngé supérieur.

Si la paralysie est progressive, les muscles du cou, du thorax, et le diaphragme se prennent successivement, et il en résulte une ataxie diphtéritique avec ses funestes conséquences. Wiederpofer a publié deux observations, où la mort fut occasionnée par la paralysie des muscles respiratoires.

Avant de quitter la symptomatologie des paralysies diphtéritiques, je veux encore insister un instant sur la plus terrible de toutes, la paralysie du cœur. Je ne parle pas de cette affection du muscle du cœur, apparaissant après la diphtérie, telle que la dégénérescence graisseuse (Ranvier, Mosler) ou la myocardite (Leyden), mais bien

de cette paralysie du pneumogastrique, où les malades sont frappés comme foudroyés en pleine vie. Wiederhofer a vu un cas pareil.

Je crois pouvoir communiquer maintenant un cas intéressant sous plusieurs rapports, tant par la déformation produite que par la rareté de la paralysie, vu que la diplégie faciale après la diphtérie n'est pas un fait commun. Malheureusement je n'ai vu la malade qu'une seule fois et avec cela elle se prêtait très peu à un examen sérieux; elle refusait par exemple l'emploi de l'éléctrécité, comme inutile, etc. Voici ce que j'ai pu obtenir :

OBSERVATION

Madame N. de L... âgée de trente-neuf ans se présente le 15 mars de l'année courante à ma consultation ; il y a 19 ans elle avait eu la diphtérie, auparavant elle était parfaitement bien portante.

La diphtérie fut suivie de paralysie du voile du palais et des muscles de la face, persistant jusqu'à aujourd'hui malgré tous les traitements possibles.

Quand on regarde la malade, on a de la peine à deviner approximativement son âge. Sa figure est tout simplement hideuse. Les traits sont entièrement effacés, pas d'expression, pas de ligne indiquant la moindre vie, un véritable masque immobile et cadavérique, toujours le même pour les émotions comme pour le calme le plus complet. Les joues sont pendantes, empâtées ; la lèvre supérieure proéminante laisse entrevoir l'arcade supérieure des dents; la lèvre inférieure sort également en avant, épaisse, et s'abaisse quelquefois tellement, que la malade est forcée de la relever avec la main. Tout l'ensemble produit un aspect, que je ne puis mieux comparer qu'à un museau.

Les paupières ne se ferment qu'incomplètement, les paupières inférieures étant paralysées. — Le voile du palais et la luette sont complètement paralysés, et ne font pas le moindre mouvement.

La mastication et la déglutition se font bien. La malade n'accuse pas de régurgitation par les narines. Le goût est bon ; l'ouïe et l'odorat intacts. — Il eut été évidemment de la plus grande importance d'examiner la sensibilité électro-

musculaire, les réactions musculaires et réflexes, pour pouvoir poser un diagnostic exact. Il faut donc nous contenter d'un diagnostic approximatif. La persistance de la paralysie, l'atteinte incomplète du nerf facial, dont les rameaux supérieurs étaient plus ou moins libres, la participation d'autres nerfs de la base du crâne, nous révèlent une affection centrale, probablement une lésion anatomique siégeant au niveau des noyaux du nerf facial. Cette supposition gagne encore en probabilité, si le mari de la malade dit juste, qu'elle dort les yeux fermés, tandis qu'elle ne peut pas fermer tout-à-fait les yeux volontairement, ce qui prouverait que l'action réflexe est intacte, et, dans ce cas on pourrait exclure avec certitude une affection cérébrale.

Corps étranger de l'oreille;

par le Dr Noquet (de Lille) (1).

Les corps étrangers de l'oreille offrent souvent de l'imprévu. Souvent aussi nous ne sommes appelés à intervenir, dans ces cas, que quand plusieurs tentatives d'extraction ont rendu la situation plus difficile. C'est pourquoi, je vous demande la permission de vous présenter un de ces corps que j'ai eu l'occasion d'extraire l'année dernière.

Il provient de l'oreille gauche d'un enfant de 7 ans, dans laquelle il a séjourné six jours. C'est un morceau de cuivre, long de 8 millimètres et large de 4, formé par la réunion d'une petite sphère et d'un tronc de cône, et présentant, au niveau de cette jonction, un étranglement bien marqué.

Cet enfant me fut amené par un confrère des environs de Lille, qui avait fait, pour enlever le corps étranger, de nombreuses tentatives. Il avait pratiqué, tout d'abord, plusieurs irrigations avec un irrigateur Eguisier, puis s'était servi d'une pince, sans, toutefois, s'éclairer avec un réflecteur. Toutes ces manœuvres étaient restées infructueuses. La pince avait plusieurs fois saisi le corps étranger, mais il avait toujours glissé au moment décisif. Mon confrère n'était pas bien fixé sur la nature de ce

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 10 avril 1884.

corps qu'il avait, cependant, aperçu le premier jour. Il croyait avoir affaire à un anneau de bottines à lacer, sans en être absolument certain.

Quand j'examinai l'enfant, son conduit auditif gauche était rempli de pus mélangé de sang et le corps étranger, par conséquent, invisible. Le petit patient n'éprouvait aucune douleur; toutefois, les nombreuses tentatives d'extration qu'il avait subies lui avaient laissé un très mauvais souvenir et l'avaient rendu défiant.

Dans le but de nettoyer le conduit et aussi avec l'espoir de déplacer le corps étranger, je m'armai d'une seringue à anneaux volumineux et fis coup sur coup quinze injections, en déployant le plus de force possible. Le résultat fut négatif et, comme l'enfant qui commençait à se fatiguer devenait de plus en plus difficile à maintenir, je revins à l'examen du conduit auditif. J'aperçus alors, tout au fond de ce conduit, notablement rétréci par le gonflement de ses parois, rouges et saignantes, une surface circulaire ayant l'aspect du cuivre, mesurant trois ou quatre millimètres de diamètre et entourée d'une substance blanchâtre que je pris pour du pus concret.

J'aurais pu, à ce moment, avoir recours au moyen qui consiste à faire coucher le patient sur une table, la tête dépassant la table et placée, de telle façon, que l'oreille renfermant le corps étranger soit tourné vers le sol. Il arrive, quelquefois, dans cette position, que de petites secousses, imprimées à la tête de haut en bas, amènent le résultat cherché.

Mais avant d'essayer ce moyen, je pensai qu'il serait bon de pratiquer dans le conduit auditif, quelques instillations de glycérine bicarbonatée, destinée à désagréger le pus concret dont j'ai parlé, et aussi à faciliter le glissement du *corpus delicti*.

Quant aux manœuvres extractives proprement dites, j'étais bien décidé à m'en abstenir pour le moment. J'étais persuadé que l'enfant difficile à maintenir, remuerait beaucoup et que, par conséquent, les pinces ou un instrument quelconque ne réussiraient qu'à enfoncer davantage le corps étranger. Le chloroforme, seul, pouvait nous donner l'immobilité nécessaire. Dans tous les

cas, je ne voulais l'employer, qu'après avoir essayé le décubitus latéral.

Il fut donc convenu que l'on ferait, dans la journée, trois instillation de glycérine bi-carbonatée, et que nous reverrions, le petit patient, le lendemain matin. Je recommandai, en outre, de le coucher le soir sur le côté gauche.

Le lendemain, comme la veille, le conduit était rempli de pus. Il fallait faire un nettoyage complet. Je repris, à nouveau, la seringue et me mis, par acquit de conscience, à injecter de toute mes forces. A la quatrième injection, le corps étranger tombait dans le bassin. Je ne m'attendais pas, je l'avoue, à cet heureux résultat. Les tentatives de la veille m'avaient, en effet, porté à croire que seule l'extraction directe pourrait mener au but.

La membrane, ainsi que je pus m'en assurer après la disparition du corps étranger, présentait, dans son quart postéro-inférieur, une perforation capable de recevoir la petite sphère de cuivre, et j'ai tout lieu de croire que cette sphère y était engagée complètement.

C'est la base du tronc du cône que j'avais aperçue la veille et, sans doute, le corps du délit se trouvait étranglé par la boutonnière tympanale. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que les injections n'ont réussi que très-difficiblement. Or, un corps étranger, comme celui que j'ai l'honneur de vous présenter, doit, s'il n'est pas fixé, être chassé rapidement par des injections vigoureuses. J'ai bien des fois, déjà, eu l'occasion de m'assurer de la vérité de cette assertion, en agissant, de cette facon, sur les perles en verre, des noyaux de cerise, des bouts de crayon en ivoire, des petites pierres, des boulettes de papier, des petits fragments de plâtres, des gousses d'ail, etc., etc. — La méthode des injections est, du reste, déjà bien ancienne puisque Celse, s'en servait, et les seringues à anneaux, actuelles, me paraissent suffisamment puissantes pour qu'il ne soit pas indispensable d'avoir recours à la pompe à compression qu'ont préconisée certains auteurs.

J'ai lieu de croire que, dans le cas spécial, les instillations de glycérine ont eu, pour effet, de débarrasser le

corps étranger du pus concret qui l'englobait et qu'elles ont, par suite, permis aux injections d'être plus efficaces.

Je conclurai en posant les règles de conduite suivantes :

Dans tous les cas de corps étranger de l'oreille, il faut faire des injections vigoureuses, insister et revenir à la charge le lendemain, si c'est nécessaire.

En général, quand le corps est dans le conduit, il est facilement chassé. S'il est enserré par le tympan ou s'il a pénétré dans la caisse, les injections ne réussiront pas toujours. Mais ce n'est qu'après plusieurs tentatives infructueuses, précédées d'instillations de glycérine bi-carbonatée, qu'il faudra songer à l'extraction avec des pinces spéciales ou d'autres instruments, parmi lesquels il convient de citer le crochet de Baratoux. On aura soin de chloroformiser le patient; car, dans ces cas, l'immobilité absolue est de rigueur. Il est bien entendu, aussi, qu'il faut, de toute nécessité, s'éclairer avec un miroir frontal.

Ai-je besoin de le dire, les manœuvres, pratiquées en aveugle, sont des plus dangereuses; c'est le plus souvent ainsi, pour ne pas dire toujours, qu'un corps, situé primitivement dans le conduit, et, par conséquent ordinairement inoffensif, passe dans la caisse, où il peut faire naître des complications sérieuses. Mieux vaudrait, dans ces cas, l'abstention absolue qu'un zèle intempestif.

Nous avons tous pu, en effet, rencontrer des corps étrangers ayant séjourné, plusieurs années dans le conduit auditif, sans amener d'autres complications qu'une diminution de l'acuité auditive, due surtout au cérumen qui, peu à peu, s'accumule autour d'eux. Les états convulsifs dans le domaine du pneumo-gastrique, les nécroses étendues, l'épilepsie, dont parle de Trœltsch (1), les symptômes d'hyperhémie cérébrale chronique signalés, dans un cas, par Pasquier d'Evreux (2), n'ont été, en somme, que très rarement constatés.

(1) Von Trœltsch. — *Les maladies de l'oreille chez l'enfant.* — Traduction fr. par le Dr Charles Delstanche. — Bruxelles, 1882, p. 213.

(2) Pasquier, d'Evreux. — *Bulletin médical du Nord.* — Juillet 1882.

De la Périostite aigüe de la région mastoïdienne;

par le Dr Ménière (1)

Lors du congrès médical d'Amsterdam en 1879, j'ai donné à la section d'otologie un travail sur la Périostite aigüe de la région mastoïdienne, consécutive à des inflammations du conduit auditif externe, sans lésions de la caisse, et sans perforation du tympan.

Cette forme de périostite n'avait pas été signalée, je le crois, et sur les 9 observations que je possédais à cette époque, j'en donnai trois des plus intéressantes.

Depuis, j'ai eu l'occasion d'observer six nouveaux cas très nets et caractéristiques.

Je demanderai à mes collègues la permission de rappeler en quelques mots, les points principaux, en les priant de me dire s'ils ont eu l'occasion de rencontrer des cas semblables dans leur pratique.

Dans ces cas les inflammations du conduit auditif externe ont leur summum à la partie postérieure. La suppuration s'établit, et au bout de quelques jours on voit survenir un gonflement de la région mastoïdienne avec rougeur et empâtement.

Au début, le médecin serait porté à croire qu'il s'agit d'une inflammation des cellules mastoïdiennes.

Il est facile de s'expliquer comment se fait la propagation de la phlegmasie jusqu'au périoste.

Les douleurs sont très vives, avec exacerbations fréquentes. Les symptômes s'accentuent, et il n'est pas rare de voir les régions voisines envahies.

Au point de vue du traitement il est bon, au début de tenter une médication antiphlogistique énergique, malgré le peu de succès qu'elle donne.

Dès que son impuissance est manifeste, il faut agir promptement et faire avec un fort bistouri, une incision de 5 à 7 centimètres en remontant depuis la pointe de l'apophyse.

Il est important que le périoste soit incisé jusqu'à l'os c'est un débridement complet, et je l'ai toujours vu réussir.

(1). Note lue à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie. — Séance du 10 avril 1884.

La méthode antiphlogistique permet d'obtenir la guérison assez rapidement.

Je suis convaincu que, dans beaucoup de cas on aurait pu éviter cette complication assez sérieuse des otites en soignant très attentivement la première affection, cause de tous les désordres qui surviennent.

Affection labyrinthique double, survenue 15 minutes après un séjour de 30 heures dans une cloche à plongeur.

Par le Dr S. Moos (Heidelberg) (1).

Magnus (*Monatssch. fur ohrenhteil.* B. I, p. 269), dans ses observations sur l'action de l'air comprimé sur l'appareil auditif, a montré les effets sensibles de cet air comprimé sur cet appareil, — il a fait voir que la pression de l'air est la cause des douleurs; douleurs variables suivant les individus — et que le tympan est repoussé en dedans. — Magnus n'a pas observé de lésion plus grave, mais François signale des hémorrhagies de l'oreille. Dans les observations de Magnus, il existait à une profondeur de 30/45 pieds une pression de 2 à 2 1/2 atmosph.

Observation I

Mon observation porte sur un jeune homme de 26 ans, qui est resté 30 heures (avec de courts intervalles de repos) à travailler sous une pression de 9 mètres d'eau et qui en est sorti subitement, s'est rendu dans une auberge, y a bu et mangé.

Environ un quart d'heure après sa sortie (23 septembre 1882), il se trouvait mal avec des vertiges — plus tard vomissements. — Le même jour le malade fut mis en traitement par le Dr Rembe, de Ludwigshafer dont voici le rapport :

Commencement du traitment 23 septembre. — Le patient se plaint de vertiges qui rendent la marche impossible. — Dureté de l'ouïe et bourdonnements. — Il rapporte son état à un travail trop prolongé sous une pression forte. — On constate à gauche une surdité presque absolue et à droite un affaiblissement très marqué de la perception auditive. Les tympans étaient un peu retirés en dedans sans perforation, ni

1 Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 11 avril 1884.

hémorrhagie, station debout impossible. Dans le decubitus le vertige cesse, mais les bourdonnements empêchent le sommeil.

Traitement : Repos, régime, régularisation des selles et bromure de potassium.

Pour assurer le diagnostic, on administre quelques douches d'air qui chaque fois augmentaient le vertige sans amener d'amélioration du côté de l'ouïe. La semaine suivante, iodure de potassium alternant avec sirop d'iodure de fer et badigeon de teinture d'iode. Ce traitement fut continué jusqu'à la fin ».

État présent 15 mars 1873. — Aspect maladif, pâle, marche encore difficile, vertige, bourdonnement et sensibilité de la tête.

Tympan normal à droite — à gauche petit point atrophié (cicatrice?) en avant du manche du marteau. A la montre, surdité — diapason *C*, est senti, mais non entendu, amène des douleurs de tête — *C'* ni senti, ni entendu ; O idem.

Le diapason n'est pas entendu par transmission aérienne — La parole est entendu à la droite quand on crie directement ; à gauche nul.

Diagnostic vraisemblabe : Hémorrhagie labyrinthique double.

Ordonnance : Cure au chlorure de sodium, quatre semaines à Duokhein.

5 juin. — Le malade n'a pu suivre le traitement faute de ressources. — Il entend mieux la parole à droite; à gauche perception nulle, Diapason *C* donne encore une sensation désagréable et un peu douloureuse — *C'*.

A' placé sur les dents, provoque une sensation de *tact* (?).

Ordonnance : 30 bains d'une demie heure d'eau salée et Kreuznack à 27° *R*.

27 juillet. — La parole est mieux perçue à droite — à gauche nul — marche mieux. Réflexe rotulien normal des deux côtés. — Le patient se plaint encore de bourdonnements. — Iodure de fer 5 grammes pour 100 pil.

7 août. — Amélioration — meilleur aspect, se plaint de constipation :

Ordonnance : diminution de la dose d'iodure de fer et huile de ricin de temps en temps, — se reposera pendant 15 jours après la fin des pilules. — Exploration à droite comme avant — à gauche, tympan hyperémié, éclat exagéré.

16 octobre. — Exploration fonctionnelle donne le même résultat — constipation, pilules laxatives.

Le patient attaqua son patron en dommages-intérêts et je devais témoigner de ce que le patient, par suite de cet accident, était resté six semaines au lit en traitement, qu'il était incapable de travailler, ne pouvant se débarraser de ses vertiges, ne pouvant rester au soleil, ni dans une salle où il y avait du bruit, ne pouvait se baisser, souffrant de bourdonnements et de céphalalgie et que la raison en était que le défendeur avait laissé trop longtemps le plaignant sous une forte pression. »

L'affaire s'arrangea par conciliation.

RÉFLEXIONS. — La sortie brusque de la cloche où le patient avait travaillé 30 heures avec de courts intervalles de repos doit être regardée comme la cause des troubles qui se sont présentés du côté de l'appareil auditif : surdité presque absolue des deux côtés; bruits subjectifs; vertige qui bientôt amena une marche chancelante et l'impossibilité de la station debout sans appui. Ces phénomène sont vraisemblablement été produits par une hémorrhagie du labyrinthe. Quant à l'explication de la genèse de cette hémorrhagie, voici celle qui me paraît la plus acceptable :

Pendant le séjour prolongé dans l'air fortement comprimé, la pression du sang dans le système circulatoire a augmenté. Étant encore en puissance de cette pression sanguine, le malade abandonne la cloche et alors la différence des pressions intérieure et extérieure a amené une rupture vasculaire dans le labyrinthe. Pourquoi justement à cet endroit, c'est ce qu'on ne peut évidemment pas expliquer.

Il est certain que si l'affaire n'avait pas été arrangée, le juge m'aurait demandé si la sortie subite de la cloche n'avait pas occasionné les désordres.

Dans ces dernières années, Leyden et F. Schultze ont publié des cas d'affection de la moelle provoqués par une diminution subite de la pression de l'air.

Leyden rapporte ce qui arrivait aux ouvriers occupés à la construction des ponts de Liteing en Russie. D'après les observations du Dr Lehwess les ouvriers qui travail-

laient sous une forte pression éprouvaient différentes douleurs dont les plus fréquentes étaient des douleurs d'oreille à l'entrée et à la sortie des cloches et des douleurs articulaires après la sortie.

De plus on observa trois paraplégies dont deux guérirent en quelques semaines et l'autre mourut après quinze jours de maladie. Leyden ne trouva rien dans la moelle à l'examen macroscopique, mais à l'examen microscopique de la partie thoracique de la moëlle il constata un aspect tacheté avec des points jaune-clair ressortant sur le fond foncé. Ces points pathologiques consistaient en amas de grosses cellules qui, dans les cordons postérieurs, se trouvaient dans les interstices du tissu nerveux désagrégé. Les cellules rondes, se trouvaient dans les interstices l'une à coté de l'autre sans restes de faisceaux nerveux ou de tissu intercellulaire, sans restes de sang ni de corpuscules pigmentaires. Il y avait donc de petites déchirures de la moëlle mais rien n'indiquait qu'elles aient été produites par une inondation sanguine et Leyden admet bien plutôt que grâce à l'abaissement de pression barométrique, des gaz tels que O ou CO^2 se sont échappés des petits vaisseaux ou mieux encore des liquides plasmatiques et ont produit ces petites déchirures de la substance médullaire. Dans le cas de Schultze il s'agissait d'un jeune Italien de 16 ans qui en creusant une fontaine travaillait souvent 6 heures sous des pressions de 1 à 3, 2 atmosphères dans un caisson. En quittant ce caisson il se produisit une fois des douleurs dans les deux articulations tibio-tarsiennes et 20 minutes après de la paralysie des extrémités inférieures. En plus de la paralysie de la vessie et de l'intestin et une diminution de la sensibilité jusqu'à l'ombilic. Mort 10 semaines après.

L'examen macroscopique de la moelle ne fait rien voir d'anormal. Au microscope on trouve les signes de la Leucomyélite dorsale disséminée. Dans le renflement lombaire on trouve la dégénérescence typique des deux bandelettes pyramidales latérales. Dans la partie cervicale dégérescence ascendante des bandelettes de Goll et des parties moyennes périphériques des cordons latéraux. Dans les parties les plus atrophiées les éléments nerveux ont complètement disparu : à leur place on voit des cellu-

les finement granuleuses. Les vaisseaux ont des parois épaissies. Nulle part d'extravasion, de pigment sanguin ni d'hématoïdine comme dans le cas de Leyden. Cependant Schultze doute que les désordres de la substance nerveuse aient été produits par l'issue des gaz hors des vaisseaux parce que si ce fait s'était produit il aurait eu lieu évidemment aussi dans les vaisseaux pulmonaires et eut produit des phènomènes de dyspnée, lesquels n'ont pas eu lieu. Aussi Schultze considère-t-il la genèse de ces phénomènes comme non encore expliquée.

Malgré ces deux observations on ne doit pas abandonner encore l'hypothèse d'hémorrhagie du labyrinthe parce que les faits qui se produisent dans les ascensions en ballon, lorsque l'ascension est brusque, montrent des hémorrhagies de la conjonctive, du nez etc., par suite de l'abaissement de la tension extérieure. Du moins dans mon cas l'hypothèse d'une lésion de l'appareil nerveux du labyrinthe par l'issue des gaz aurait quelque chose d'un peu forcé. De même on ne peut admettre une lésion fonctionnelle par affection cérébrale subite. S'il y a des signes qui peuvent y faire songer comme les troubles de coordination, la marche titubante et le vertige surtout lorsque ces symptômes sont accompagnés de vomissements; il y a d'autres phénomènes positifs qui manquent complètement; la marche de la maladie combat elle-même cette opinion et pour expliquer le trouble de l'ouie bilatéral il faudrait admettre aussi que le quatrième ventricule est intéressé.

Données de la physiologie expérimentale sur l'effet de l'augmentation ou de la diminution de la pression de l'air smr l'organisme animal et humain. — Contrairement à Panum, P. Bert dans son livre (La pression barométrique) admet que dans l'air comprimé la tension intravasculaire du sang est augmentée mécaniquement. H. Jaberson et Lazarus ont pu confirmer cette opinion par des expériences sur les animaux. Dans la plus grande partie de leurs expériences il existait une augmentation de la pression intra-aortique. Mais tandis que P. Bert constate une augmentation de 4/5 de la tension initiale, ces deux auteurs n'ont pu constater une augmentation supérieure à 1/12 ou à 1/8.

Dans un récent travail de Lazarus et Schirmanski je vois que Fränkel et Geppert confirment, après une série d'expériences, les données de P. Bert.

Lazarus et Schirmanski opéraient avec le sphygmomanomètre de Busch; l'expérience durait une heure. Pendant les 20 premières minutes ils raréfiaient l'air; pendant la seconde période de 20 minutes ils maintenaient la pression constante et pendant les 20 dernières minutes ils laissaient rentrer l'air jusqu'à pression normale.

De leurs tableaux il résulte que la pression sanguine diminue de 28/30 mm. mercure pour une raréfaction de 1/2 atmosphère. Cet abaissement de la pression sanguine ne marche pas, il est vrai, parallèlement à la diminution de tension extérieure, mais est évidemment sous sa dépendance. Non seulement il se maintient mais il s'accuse encore davantage pendant la période de maintien constant de la raréfaction extérieure, pour diminuer ensuite progressivement lorsqu'on laisse rentrer l'air sans cependant revenir complètement à la tension initiale du sang.

Par des expériences sur 6 personnes, ils ont constaté que la raréfaction amène suivant son degré chez tous, de la dyspnée, de l'abattement et de la cyanose.

En même temps le sphygmographe de Marey a montré : augmentation de la fréquence du pouls, dicrotisme (qui pour Marey est un phénomène qui accompagne la diminution de tension du sang, opinion admise également par Landois et Rollet.

Observation II

Rupture des deux tympans, par compression de l'air à la suite d'explosion de l'éther chlorophtalique pendant la préparation de l'Éosine.

H... chismiste, 34 ans, chargé dans une fabrique de la préparation de l'éosine, était il y a trois semaines, occupé à mélanger de l'acide chlorophtalique avec de l'alcool, lorsqu'une explosion se produisit, d'après lui, par la formation d'éther chlorophtalique. A la suite de cet accident, il fut sourd quelque temps eut une kératite double, bourdonnement dans la tête et devint dur d'oreille en particulier à gauche.

Le 4e jour, écoulement couleur chocolat par l'oreille gauche. Au 8e jour l'écoulement se montre aussi à droite. La kératite fut soignée par le Dr Weiss.

État présent : Dans les deux conduits une certaine quantité de pus.

A droite : tympan perforé en avant et en bas, le reste épaissi et rouge.

A gauche : perforé en arrière et en bas, le reste épaissi et rouge.

Acuité pour la parole : à droite, 4 mètres; à gauche 1 mètre. Bruits dans l'oreille gauche. Ordonnance : Repos traitement sec. Guérison des deux perforations en 15 jours. Après 5 semaines, à la fin du traitement : Acuité à droite 1/2, à gauche 1/6. A gauche, bruits faibles et intermittents. Des deux côtés encore injection des vaisseaux du manche du marteau.

Le malade fut indemnisé par son patron. Mais si j'avais été appelé devant le tribunal, je n'aurais pas hésité à être favorable au patient, car son acuité auditive ne redeviendra jamais normale d'aucun côté, et même il est fort possible que du côté gauche où persistent des bourdonnements, il se développe plus tard une affection labyrinthique plus grave avec perte complète de l'audition.

Lésion du labyrinthe; luxation et fracture de l'étrier par violence directe.

Par le Dr K. Bürkner, de Göttingen (1).

Les lésions de l'oreille interne par causes directes sont assez peu fréquentes pour ne pas laisser passer sous silence l'observation suivante, analogue à celle que le Dr Schwartze a publié dans l'*Archiv. fur Ohrenheilkunde*, (tome XVII, p. 117).

Marie D..., âgée de soixante-trois ans, vint me consulter le 12 août dernier, pour une lésion de l'oreille gauche due à une blessure produite par une aiguille à tricoter, trente-six heures auparavant.

Éprouvant en tricottant, quelques démangeaisons dans l'oreille, elle se grattait avec une aiguille à tricoter; à ce

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 11 avril 1884.

moment, sa petite fille poussa si fortement l'instrument que celui-ci s'enfonça dans le conduit. A l'instant même, la malade jeta un cri et tomba à terre. Après avoir couché Marie D..., on aperçut un liquide d'abord légèrement rougeâtre, puis jaune clair qui s'écoulait de l'oreille blessée; ce suintement dura deux heures. Immédiatement après la blessure, la malade fut prise d'un vertige très violent et de nausées continuelles, de manière à ne pas pouvoir même s'asseoir dans son lit; et elle éprouva des douleurs horribles dans l'oreille pendant douze heures.

Quand la malade me fut amenée, elle marchait d'un pas très mal assuré, et avait besoin d'un aide des deux côtés. Elle se plaignait de nausées, de vertiges continuels, de troubles intellectuels, d'une faiblesse et d'une débilité inconnues et de la surdité de l'oreille gauche; de plus elle m'assura, bien des fois, sentir sa mort imminente. Pas de douleurs ni de bourdonnements.

La malade est abattue, elle est pâle et perdant équilibre au mouvement le plus faible, c'est à peine si elle peut se tenir sur sa chaise. Le pouls est un peu fréquent, la température normale.

Tandis que l'oreille droite apparaît normale, l'examen de l'oreille gauche nous fournit les données suivantes : La montre placée au-devant du conduit auditif n'est pas entendue, la perception crânienne est nulle, les tons de diapasons soit hauts, soit graves, ne sont entendus de toutes les régions du crâne que du côté droit. Le méat auditif est sain, mais la membrane du tympan, du reste normale, offre au niveau de sa partie postéro-supérieure une déchirure béante, mesurant environ trois millimètres de long qui se dirige en bas et en arrière, parallèlement au manche du marteau. Au niveau de la partie supérieure de la rupture, dont les lèvres sont recouvertes de sang coagulé, existe un petit point blanc. Poussant doucement une sonde dans la caisse au travers de la déchirure, je constatai que le point blanc était l'extrémité de la branche verticale de l'enclume et la tête de l'étrier. Ayant alors recourbé la sonde je pus constater avec uneparfaite netteté que la tête de l'étrier articulée avec l'enclume était fracturée de telle sorte que la continuité de la chaîne des osselets de l'ouïe était rompue. L'examen par la sonde montra de plus que l'étrier, quoique dans sa partie habituelle

était anormalement mobile, je pus sentir les excursions bien nettes de cet osselet sans produire aucune aggravation du vertige et sans que la malade éprouva des sensations de son; elle ne sentait qu'une légère douleur et un mouvement dans l'oreille.

La malade, sur mes conseils, resta quelques jours à Göttingen et je pus m'assurer à diverses reprises que mes observations étaient exactes.

Le 25 août la déchirure de la membrane du tympan était cicatrisée, mais la malade se plaignait toujours; seulement la faiblesse avait diminué de telle sorte, que la malade pouvait marcher un peu mieux, mais comme le vertige et les troubles de l'équilibre étaient très prononcé elle avait toujours besoin d'être soutenue.

Le 6 octobre, la malade pouvait marcher sans le secours d'aucun aide, bien qu'ayant le vertige et des troubles d'équilibres continuels. L'oreille était sourde, l'état objectif le même, excepté une cicatrice au niveau de la partie postéro-supérieure de la membrane du tympan, dans le point où la perforation avait existé.

Le 15 octobre, le vertige et les troubles d'éliquibration n'ont pas encore cessé; la malade reste sourde.

RÉFLEXIONS

Comme la malade soutenait avec assurance avoir eu auparavant l'ouïe très fine, il est probable que l'aiguille à tricoter après avoir perforé la membrane du tympan a sans doute brisé l'étrier. Cependant je ne pus prouver si la mobilité anormale de cet osselet avait sa source, comme dans l'observation de Fedi (Caustatts jahresbericht 1857, tome II, p. 56), dans une fracture de la base de cet osselet ou dans une dilacération du ligament annulaire à l'ouverture de la fenêtre ovale. L'ouverture du labyrinthe me semble très probable par l'écoulement d'une grande quantité de liquide (liqueur cérébro-spinal), par le vertige extrêmement violent, par les troubles d'équilibration continuels et par la surdité complète. L'écoulement du liquide cérébro-spinal du labiryinthe ouvert s'expliquerait par le rapport de la périlymphe et de l'espace arachnoïdal récemment indiqué par *Schwartze*.

C'est, sans doute, une condition heureuse que l'affection de la malade ait évolué sans complication sérieuse, surtout sans méningite. La suite fut encore plus favorable que celle de l'observation de *Schwartze* dans laquelle apparurent des symptômes d'hypérémie fébrile du cerveau.

COMPTE-RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 10 Avril 1884.

Présidence du D[r] L. Bayer (de Bruxelles).

M. Hering lit un travail sur **l'emploi de l'acide chromique, pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx, et du larynx** (1).

DISCUSSION

M. Moure (de Bordeaux). — Le D[r] Donaldson a déjà communiqué l'an passé à la Société de Laryngologie d'Amérique, le résultat de ses essais sur la destruction des polypes du nez avec l'acide chromique, cet auteur affirmait avoir obtenu d'excellents résultats ; mais d'autres auteurs, s'il m'en souvient bien, ont fait observer que la nature du caustique (acide acétique, nitrate d'argent etc.,) importait peu. Autrefois on avait également préconisé le chlorure de zinc que j'ai moi-même essayé en particulier chez un malade atteint de polypes musqueux, mais la douleur était telle que j'ai dû renoncer à l'emploi de ce moyen qui, du reste, ne m'a pas semblé plus merveilleux qu'un autre.

Quant à l'emploi de l'acide chromique dans le larynx, je désirerai demander à M. Héring s'il n'occasionne pas des

(1) Voir *Revue*, n° 5, Mai 1884, p. 155 et n° 6, p. 177.

accès de spasme de la glotte qui pourraient devenir inquiétants, car beaucoup d'auteurs, ont, je crois, renoncé à l'emploi des solutions chromiques concentrées, précisément à cause de cet inconvénient. Enfin je suis, pour ma part, absolument opposé à l'emploi des cautérisations locales dans la tuberculose laryngée, surtout à la période ulcéreuse.

M. Hering (de Varsovie). — J'ai été étonné moi-même du peu de spasme occasionné par les attouchements faits avec l'acide chromique employé comme je l'ai dit. Je crois également que l'on ne doit pas faire usage de caustique dans la phtisie laryngée et je n'ai fait que quelques essais dans des cas absolument chroniques. — L'on devra employer non une solution d'acide chromique, mais une partie de cet acide fondu sur une tige, on évitera ainsi et le spasme et la douleur.

M. Bayer. — Ne peut-on observer d'hémorrhagie au moment de la chute de l'escharre?

M. Hering. — Je n'ai jamais eu l'occasion de voir se produire cet accident.

M. Menière lit une communication sur **la périostite aigüe de l'apophyse mastoïde** (1).

DISCUSSION

M. Noquet (de Lille). — Je n'ai pour ma part jamais observé de périostite mastoïdienne sans suppuration de l'oreille moyenne, mais dans les cas ou existait cette complication, l'incision de Wilde m'a toujours donné d'excellents résultats.

M. Gellé. — Incidemment je dirai que je ne crois pas qu'il soit indispensable d'avoir une suppuration de l'oreille moyenne pour voir se produire un abcès mastoïdien.

L'incision de Wilde est évidemment un excellent moyen, même dans les cas d'otites rhumatismales aiguës.

---

(1) Voir *Revue*, page 224.

M. BARATOUX, lit un travail sur l'**Electrolyse de la Trompe d'Eustache** (1).

DISCUSSION

M. GARRIGOU-DÉSARÈNES. — Le 1er octobre 1882 nous avons fait paraître avec M. Mercié, mon chef de Clinique, un article, dans la *Revue Médico Chirurgicale*, où nous donnions la description d'un nouveau moyen de traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse.

Après avoir cité les Drs Mallez et Tripier, qui avaient traité les rétrécissements du canal de l'urètre par l'électrolyse de Ciniselli, et le Dr Gorecki qui avait modifié et perfectionné l'appareil de Tripier, pour combattre les rétrécissements du canal nasal, en lui donnant le nom de dacryocautère. Nous disions :

« A son tour, pour combattre les rétrécissements de la trompe d'Eustache, le Dr Garrigou-Desarènes introduit dans la sonde mise en place, une bougie ou bien une corde à boyau fine, et la laisse à demeure de cinq à dix minutes. Si on remplace à ce moment la bougie par une sonde métallique fine et souple, il devient possible d'établir dans la trompe d'Eustache l'électrode négative tandis qu'un disque de métal placé sur l'apophyse mastoïde ou dans le conduit auditif externe permettra de former un courant dans les mêmes conditions que Mallez et Tripier dans le canal de l'urèthre et M. Gorecki dans le canal nasal ». Nous donnions ensuite des indications sur la construction du catéhter métallique, sur son introduction nous disions : « Le docteur Garrigou emploie un fil métallique fin tordu sur lui-même, l'extrémité en anse, ne blesse pas les parois de la trompe d'Eustache. Plusieurs malades ont été traités par lui à sa clinique ».

Nous avions commencé ces applications depuis plusieurs mois quand notre article a paru.

Nous avons poursuivi avec persévérance les applications de l'électrolyse jusqu'à cette époque-ci (Mars 1884). Ce qui nous a permis de faire une communication à l'Académie de Médecine le 15 Mars. Je puis dire qu'aucune publication, aucune indication, sauf les heureux résultats obtenus par

Voir *Revue*, n° 6, p. 185

M. Gorecki dans les rétrécissements du canal nasal, n'avaient pu nous guider quand nous avons entrepris nos travaux et publié l'article mentionné ci-dessus en 1882, article qui à son apparition n'a soulevé aucune réclamation de priorité.

Nous tenons à employer un courant avec tension très faible et à diminuer le plus possible la résistance.

C'est pourquoi avec une résistance de 500 ohms, ce qui est à peu près ce que nous obtenons en plaçant un des électrodes (pôle positif) dans le conduit auditif et une petite tige ou sonde en argent dans la trompe d'Eustache (pôle négatif), deux à trois éléments au bisulfate de mercure suffisent parfaitement. La résistanec maxima du corps humain, un pôle étant placé à la nuque et l'autre aux pieds, est, d'après Bardet, 2,500 ohms. Vous voyez qu'en évaluant à 500 ohms la résistance avec une si faible distance (Trompe d'Eustache et conduit auditif externe) entre les deux pôles, nous sommes dans le vrai.

Nous avons ainsi un courant qui produit facilement en quelques minutes l'électrolyse nécessaire, en évitant aux malades la douleur, les phosphènes et même des menaces de syncopes, si, par une cause quelconque, le passage du courant électrique vient à être brusquement interrompu. Nous avons fait d'abord des expériences sur le tissu musculaire et sur des aponévroses assez minces. Dans les muscles on peut voir facilement le gaz hydrogène s'échapper en petites bulles et le point touché blanchir le long du petit cautère électro-chimique fixé au pôle négatif avec la force électrique que nous employions : L'extrémité en anse du
promené sur une aponévrose laisse voir la cautérisation.

M. Baratoux. — Je ne crois pas qu'avec deux éléments au bisulfate de mercure de Chardin, employés dans les conditions indiquées par M. le Dr Garrigou, on puisse avoir une intensité de cinq milliampères, même avec une résistance aussi faible que possible ; je n'ai pour ma part jamais même pu obtenir un effet galvanocaustique avec une aussi petite intensité, en me plaçant dans les meilleures conditions, je dis plus, un malade ne peut supporter un courant de trois à quatre milliampères, lorsqu'un pôle est placé dans le conduit, car alors il éprouve une telle douleur, qu'il est impossible de continuer l'opération, je dois répéter que mes expériences ont été faites en grande

partie avec le concours de M. Gaiffe, qui a eu soin de se servir du galvanomètre d'intensité type qui lui sert à graduer ses appareils; nous avons aussi tenu compte des divers agents qui pouvaient modifier la déviation de l'aiguille, c'est-à-dire que nous avons écarté les objets métalliques qui auraient pu influencer l'aiguille aimantée. Je n'ai pas la prétention de vouloir m'attribuer l'honneur d'avoir employé le premier la galvanocaustique chimique par le traitement des maladies de l'oreille, attendu que j'ai eu soin d'en rappeler l'historique. Je dois même ajouter qu'un traité complet d'électrolyse a été publié par Ciniselli en 1880, dans lequel il a traité à nouveau cette question de la galvanocaustique chimique de la trompe.

M. MOURE (de Bordeaux) fait une communication sur **un cas d'épithélioma primitif du larynx opéré par la thyrotomie et récidivé huit jours après** (1).

M. NOQUET (de Lille). — **Corps étrangers de l'oreille** (2).

DISCUSSION

M. GELLÉ. — J'ai eu récemment à faire à un malade très timoré ne voulant même pas se laisser examiner et qui m'affirmait avoir un corps étranger dans le conduit. J'instillais simplement quelques gouttes d'huile dans l'oreille, et prenant la poire à air, je fis une insufflation dans le conduit et parvins ainsi à déloger le corps étranger qui était un bout de crayon.

M. BAYER (de Bruxelles). — Je me rapelle avoir eu un malade dans l'oreille duquel s'était introduite une mouche que les injections ne purent réussir à chasser; je dus employer les pinces.

M. MOURE (de Bordeaux). — Dans les cas d'insectes vivants introduits dans le conduit, on a recommandé avec juste raison, de tuer d'abord l'insecte à l'aide d'un peu de ouate imbibée de chloroforme ou d'éther, que l'on place à l'entrée du meat pendant quelques instants, et de l'extraire

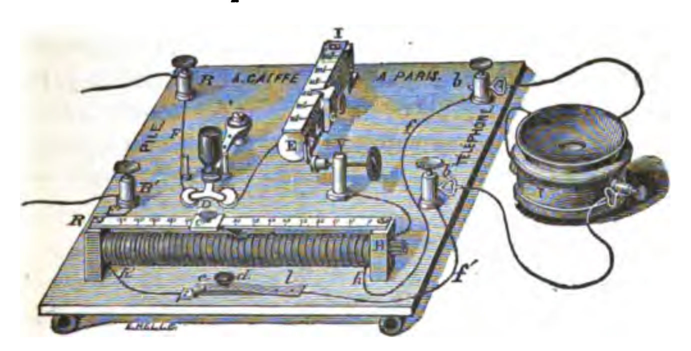
(1) Voir *Revue*, page 209.
(2) Voir *Revue*, page 220.

ensuite au moyen d'une injection comme un simple corps étranger.

M. Hering présente en terminant qulques instruments pour l'examen des fosses nasales et le traitement des cavités du nez et du pharynx ;

Et M. Baratoux présente **un nouvel audiomètre.**





B. B. Bornes d'arrivée du courant d'un générateur électrique constant. — *I*, interrupteur automatique à lame vibrante. — *E*, électro-aimant de l'interrupteur, à hélice résistante. — *L*, lame vibrante. — *V*, Vis de règlage de l'interrupteur. — *C*, curseur glissant sur la lame vibrante pour produire des sons graves ou aigus. — *H*, bobine d'induction, dont le fil inducteur peu résistant et un, est roulé sur le fil induit. — *F*, fil faisant communiquer la bobine d'induction avec la borne. *B*, *R*, règle métallique. — *C*, curseur à ressort glissant sur la règle et frottant sur l'hélice indutrice afin de mettre une ou plusieurs spires de cette dernière dans le circuit du générateur. — *F*, *F*, *I*, extrémités du fil enduit de la bobine qui amènent le courant induit aux bornes *B*, *B*, — *E*, *D*, *L*, disjoncteur permettant d'ouvrir ou de fermer à volonté le circuit du génerateur électrique.

Cet appareil se compose d'un interrupteur automatique, *I*, mû par un générateur électriqueconstant et d'une bobine d'induction, H, reliée à un téléphone, *T*. L'interrupteur automatique peut donner des sons aigus ou graves à volonté suivant que l'on déplace la glissière, *C*, sur la lame vibrante, *L*. Un autre curseur, C, glissant sur la règle *R*. permet au courant arrivant en *R*, de traverser une ou plusieurs spires de l'hélice inductrice de la bobine *H*, et de faire varier ainsi le courant d'induction qu'elle produit et par suite le son recueilli dans le téléphone *T*.

Séance du 11 Avril 1884.

Présidence du Dr Moura-Bourouillou.

M. Moura (de Paris) fait une communication sur le *glouglourisme* et démontre à l'aide de son appareil d'éclairage l'erreur dans laquelle on est que le gargarisme peut agir sur le pharynx et le larynx. Il fait constater en outre à tous les membres présents, que le malade qui se gargarise se rince simplement la bouche, et que pour faire pénétrer le liquide médicamenteux dans l'arrière-bouche et jusque dans le larynx, il faut faire « *glouglou* » (*glouglouter*, *glougouriser*), c'est-à-dire transformer le gargarisme en *glouglourisme*, nom que M. Moura propose d'adopter désormais.

DISCUSSION

M. Héring (de Varsovie). — Je considère la communication de M. Moura comme très intéressante, parce que la plus part des auteurs soutiennent, à tort, selon moi, que les liquides employés en gargarisme ne peuvent pas arriver à baigner même le pharynx, et je suis heureux que M. Moura nous ait montré le liquide venant se mettre au contact de ses cordes vocales par le procédé qu'il vient de nous indiquer.

M. Bayer (de Bruxelles). — Je dois avouer que pour ma part je doutais de la possibilité de faire pénétrer le liquide jusque dans le larynx ; mais l'expérience de M. Moura m'a pleinement convaincu et je me rallie à sa manière de voir et de procéder.

M. Bayer (de Bruxelles) lit une communication **sur un cas de paralysie du voile du palais consécutive à la diphtérie ; diplégie faciale ; déformation de la bouche en museau** (1).

DISCUSSION

M. Baratoux. — Les muscles du voile du palais peuvent être paralysés le fait est déjà connu ; mais on peut observer aussi une paralysie des muscles de la trompe et une surdité consécutive que l'électrisation peut faire disparaître.

(1) Voir *Revue*, page 216.

J'ai eu l'occasion de l'observer chez une petite fille de 6 ans qui fut guérie en quatre séances. Je dirai même que dans bien des cas la pharyngite sèche est un symptôme de la paralysie musculaire comme le croit aussi M. Moura.

M. Hering. — Je demanderai à M. Moura s'il croit que la pharyngite sèche soit un effet de la paralysie des muscles palatins? Quant à moi, je crois que l'on n'observe pas de pharyngite sèche sans atrophie de la muqueuse et par conséquent une atrophie musculaire consécutive.

M. Moura Bourouillou. — L'état sec du pharynx s'observe également dans la période d'acuité du coryza; mais on appelle encore ainsi l'accumulation de mucosités desséchées, occupant l'arrière-gorge. Cet état sec, comme la toux laryngée sèche, est un symptôme et non une maladie.

M. Hering. — La plupart des symptômes de la pharyngite sèche sont occasionnés par l'obstruction des fosses nasales, de telle sorte que la respiration se faisant par la bouche, dessèche les secrétions et produisent cette accumulation dont parle M. Moura.

M. Moure. — Je ne crois pas que dans *la vraie pharyngite sèche*, les mucosités desséchées soient produites de la manière qui vient d'être dite. Tous les malades atteints de pharyngite sèche sont, je crois, atteints en même temps d'un coryza atrophique arrivé à une période très avancée, les cornets inférieurs ont souvent disparu, les moyens sont notablement atrophiés au point que par l'orifice antérieur des narines, on peut facilement apercevoir le pharynx et les mouvements de l'orifice des trompes pendant la déglutition.

La secrétion du nez et du pharynx, qui est toujours pris secondairement, me paraît tenir, non-seulement au passage de l'air, mais surtout à une lésion des glandes de la muqueuse du nez d'abord et du pharynx plus tard.

M. Hering. — Il s'agit alors de l'ozène chronique, de la blennorrhée nasale, mais non de cette pharyngite que l'on observe dans les états aigus ou il y a un simple état sec de la muqueuse.

M. Baratoux. — En résumé, on peut reconnaître trois

formes de sècheresse du pharynx : 1° la sècheresse que l'on observe dans les états aigus; 2° dans les cas chroniques et, enfin, 3° la sècheresse, qui est la conséquence de la paralysie musculaire du palais.

M. le Secrétaire lit ensuite, au nom de M. le Dr Bürckner de Göttingen, une observation sur **une lésion du labyrinthe; luxation et fracture de l'étrier par violence directe** (1).

Et au nom de M. le Dr Moos, d'Heidelberg, un fait d'**affection labyrinthique double survenue 15 minutes après un séjour de 30 heures dans une cloche à plongeur.** (2)

La discussion de ces deux travaux est renvoyée à la prochaine séance.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Voix, chant, discours : Guide pratique du chanteur et de l'orateur. (*Voice, song, and speech : a pratical guide for singers and speakers*). par le Dr Lennox Browne, chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et de l'oreille et E. Behnke. (Londres 1883).

Voix, chant, discours, tel est le titre de l'ouvrage que vient de publier récemment le collaborateur bien connu de la *Revue de laryngologie*, M. le Dr Lennox Browne avec la collaboration de M. Emile Behnke professeur dans les cercles musicaux de la Grande-Bretagne. Dans cet ouvrage qui marque une époque importante dans l'étude de la voix, et qui, toujours sera consulté avec fruit, aussi bien par les médecins qui s'occupent spécialement des maladies du larynx, que par les hommes que leur profession oblige à un soin particulier de cet organe; dans cet ouvrage, dis-je, les auteurs ont réuni le fruit de leur expérience et de leurs travaux.

Un premier chapitre est consacré à l'étude du son, de ses lois, de la manière dont il se produit dans les différents ins-

(1) Voir *Revue*, page 231.

(2) Voir *Revue*, page 223.

truments qui servent d'ordinaire à accompagner la voix. Après quelques lignes consacrées à l'étude des différences qui existent entre la voix de l'orateur et du chanteur, l'auteur passe à l'étude de l'anatomie et de la physiologie des organes de la voix et étudie successivement le thorax, la plèvre, le poumon, la trachée, le larynx. Les différences entre le larynx de l'enfant, de la femme et de l'homme, les différences qui existent entre le soprano, le contralto, le ténor et la basse. Suit une étude fort complète sur l'hygiène de l'appareil producteur de la voix et des maladies qui peuvent l'affaiblir ou la détruire. L'auteur passe ensuite à l'étude de la laryngoscopie, de ses progrès, des services qu'elle rend. La dernière partie de l'ouvrage enfin, est consacrée à la culture de la voix et au genre de vie que doivent mener tous ceux que leur profession oblige à un soin particulier de cet organe. C'est la partie véritablement utile aux orateurs et aux artistes.

Ils y trouveront les conseils les plus pratiques sur le genre de vie qu'ils doivent adopter, les aliments et les boissons dont ils doivent user, les plaisirs qu'ils doivent se permettre, ceux dont ils doivent s'abstenir. En un mot, un traité complet de l'hygiène du chanteur et de l'orateur.

Tels sont les principaux sujets étudiés dans cet ouvrage que nous aurions voulu pouvoir analyser d'une façon plus complète et dont nous ne pouvons donner qu'une sommaire idée. Très complet au point de vue scientifique, il ne l'est pas moins au point de vue matériel. Les planches nombreuses et parfaitement faites, font voir très clairement les objets, et aident beaucoup à comprendre les démonstrations de l'auteur. Nous ferons toutefois une réserve pour les photographies du larynx qui ne présentent pas les objets avec toute la netteté désirable. Mais les difficultés que doit présenter l'exécution d'une photographie laryngoscopique, sont une excuse bien suffisante, et nous ne devons voir que les progrès d'un essai encore assez récent, que des perfectionnements successifs rendront peut-être plus pratique. J. Ch.

Des Phénomènes physiques de la phonation. *(Thèse d'Agrégation* Paris 1883); par le Dr Bergonié

La définition que l'auteur donne des phénomènes physiques de la phonation, lui permet de diviser son sujet en quatre par-

ties dans lesquelles il étudie tour à tour les lois des tuyaux sonores, l'anatomie du larynx, l'application au tube vocal des lois physiques indiquées à propos des tuyaux sonores et les différences entre la voix chantée, la voix parlée et les différentes théories émises pour l'explication des sons.

Après avoir divisé les tuyaux, en tuyau à bouche et à anches, l'auteur cherche à expliquer les productions du son dans les instruments à anche rigide et à anche membraneuse. Puis il résume l'anatomie de l'instrument vocal, dont la trachée serait le porte-vent et les cordes vocales l'anche membraneuse.

Il passe ensuite à l'étude acoustique des sons vocaux, en rappelant en quelques mots l'historique des diverses théories données sur la formation de la voix chez l'homme. Les procédés employés pour étudier les mouvements vibratoires du larynx peuvent être rangées sous quatre chefs : procédé par la vivisection, observation sur le vivant par le laryngoscope, expérimentations sur le larynx des cadavres et étude au moyen de larynx artificiels. Les mouvements vibratoires sont dus aux modifications de tension, de longueur et d'épaisseur des cordes vocales inférieures.

Dans la quatrième partie, l'auteur étudie la parole à voix haute et à voix basse et les diverses méthodes employées pour démontrer les phénomènes phonétiques; puis il décrit le phonautographe de Scott et les procédés de MM. Rosapelly et Boudet, employés pour l'inscription des vibrations vocales, et passe en revue les méthodes de Mayer, de Blake, de Barlow de Gentilli, de Kœnig, de Taylor et de Guébard.

De ces travaux, il résulte que toute phrase phonétique se compose d'une association de sons et de bruits dont l'arrangement peut varier à l'infini et que par suite une classification des éléments qui entrent dans ces combinaisons est fort difficile.

L'auteur consacre un chapitre à la formation des voyelles et des consonnes et termine son travail par la description de la machine parlante de M. Faber.

Cette thèse est suivie d'un index bibliographique complet. Un grand nombre de figures ont été intercalées dans le texte afin de rendre plus faciles la description de certains appareils et la formation des divers sons.

J. Baratoux.

De la glossite parenchymateuse suraiguë *(Della glossite parenchimatosa acutissima,* par le D. Vitt. Grazzi.

Il s'agit d'un homme de 32 ans qui, le 19 septembre, après s'être exposé à la pluie, ressentit quelque douleur dans la bouche et un peu de difficulté pour avaler. Le lendemain matin ces symptômes avaient augmenté, mais le larynx était normal; — l'après-midi la glossite était manifestée; glace, sangsues à la région sus-hyoïdienne. La maladie fait des progrès, la langue remplit toute la cavité buccale et touche l'arcade dentaire supérieure, la respiration est difficile et ne se fait que par les fosses nasales, la déglutition et la phonation sont impossibles. La fièvre est intense, la peau couverte de sueurs profuses : Incision du parenchyme lingual qui est suivie d'amélioration, on continue le traitement local et le 29 septembre le malade peut revenir chez lui à peu près guéri. Suivent quelques considérations sur cette maladie heureusement assez rare (*Tipograpfia coopérativa via Monalda,* 1, Florence, 1883).

Sur un cas de tuberculose laryngée; existe-t-il une tuberculose laryngée primitive. Importance de l'examen laryngoscopique, (Clinique du prof. Masseï; considération par le Dr Cicconardi.

Après avoir rapporté un cas de tuberculose laryngée observée chez un homme de 52 ans; et exposé les idées de quelques cliniciens sur l'existence de la phthisie laryngée primitive l'auteur arrive à conclure : 1° Qu'il existe une forme de tuberculose laryngée primitive; 2° Il n'existe aucune raison qui permette de nier ce fait à priori, avant d'avoir examiné si l'état anatomique, l'étiologie, l'examen objectif et le critérium clinique et thérapeutique permettent d'accepter cette hypothèse; 3° L'examen laryngocospique seul permet de faire le diagnostic. 4° Ce dernier est important pour établir le pronostie et pour faire un traitement approprié. (*Arch. Ital. di laring. fasc. III,* 15 janv. 1883).

Observations de polypes faisant saillie dans le pharynx nasal. *(Case of nasal polypus projecting into the naso-pharynx with remarks). The* par le Dr Cresswell-Baber.

Dans le premier cas il s'agit d'une femme de 32 ans qui fut opérée de polype de l'oreille des deux côtés, et chez laquelle

on fit l'extraction par la narine droite d'un petit polype, qui fut enlevé avec la pince, procédé que repousse l'auteur. Du côté gauche le néoplasme faisant saillie dans le pharynx nasal fut enlevé avec une anse froide.

Le second fait est relatif à une bonne âgée de 48 ans qui fut opérée à gauche avec l'anse froide d'un polype faisant saillie dans le pharynx et à droite d'un polype et d'une petite tumeur érectile insérée sur la cloison près des fosses nasales postérieures. L'auteur dit avoir employé chez cette malade le crochet palatin de Voltolini.

Le troisième cas est relatif à un jeune homme auquel l'auteur enleva, avec l'anse froide, un énorme polype faisant hernie en arrière du voile du palais et venant des fosses nasales postérieures (*The Lancet* 27 jan. 1883).

Sur quatre cas de tumeurs pharyngo-laryngiennes (*Intorno a quatro casi di tumori laryngo-faryngi*, par le Dr Cicconardi, (clinique du professeur Massei, de Naples).

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 45 ans qui se plaignait de difficulté pour avaler les aliments solides, de gène respiratoire et de douleur du côté droit du cou. Ces symptômes avaient augmenté peu à peu. La voix était nasonnée ; à l'examen direct l'on n'apercevait rien, mais avec le miroir on voyait dans la portion laryngienne du pharynx une tumeur lisse, unie, d'un rose pâle, parcourue par un fin réseau vasculaire. Le toucher permettait de supposer qu'elle était fluctuante.

Le second fait, concerne une jeune fille de 30 ans environ, qui depuis 5 ans ressentait une gêne pour respirer, et chez laquelle l'examen rhinoscopique permit de reconnaître l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, occupant la fosse nasale droite. Cette tumeur, d'un rose pâle, était dure mais élastique.

Dans le troisième fait, l'auteur eut affaire à un néoplasme énorme développée sur l'amygdale gauche, chez une femme d'une soixantaine d'années.

La quatrième observation concerne un homme de 46 ans qui était atteint d'une tumeur occupant la corde vocale gauche et le ligament ary-épiglottique correspondant ; la muqueuse était d'un rouge chair, comme vineuse, ulcérée même

et fongueuse; il n'existait pas d'engorgement ganglionnaire, le malade n'était pas syphilitique.

Viennent ensuite quelques considérations sur les tumeurs qui précèdent (*Bollet. delle malat. dell orech. della gola, etc.* Anno I, n°s 4 et 5. Florence 1883).

Polype naso-pharyngien, par le professeur Verneuil.

M. Verneuil vient de présenter à la Société de Chirurgie de Paris, un jeune homme de 19 ans, atteint d'un polype naso-pharyngien récidivé et de forme exceptionnelle. Opéré en 1878, après résection du maxillaire supérieur, il faillit succomber aux suites d'une hémorrhagie; un an après la tumeur récidivait, ainsi que les hémorhagies, pas de douleurs, pas de troubles oculaires. La tumeur est réductible, présente des battements isochrones au pouls. « L'auscultation révèle l'existence d'un bruit de souffle, pas de ganglions. M. Verneuil croit la tumeur nourrie par les vertébrales.

M. Desprès pense qu'il s'agit plutôt d'une tumeur à myéloplaxes. MM. Trélat et Tillaux inclinent en faveur d'un polype naso-pharyngien et conseillent la ligature préalable de la carotide primitive. (*Soc. de Chirurgie*, Séance du 12 mars, 1884.)

Une malformation du pharynx nasal qui n'a pas encore été décrite. *(On a hitherto undescribed malformation of the Naso-pharynx.* —par le Dr John Mackensie, de Baltimore.

L'auteur dit aussi avoir rencontré chez une demoiselle de 14 ans, très-bien constituée, d'ailleurs, mais atteinte de polypes des fosses nasales, une malformation de la cloison. Cette dernière en effet se prolongeait au-delà de la partie postérieure du vomer jusqu'à la parois du pharynx et divisait en deux parties très nettes toutes les arrières fosses nasales, l'insertion pharygienne de cette cloison osseuse était un peu plus élevée que son insertion palatine. (*Arch. of laryng.* n° 3, juillet 1883).

Catarrhe naso-pharyngien et auriculaire *(Naso-pharyngeal and aural catarrh)*, par le Dr Logan, de Knoxville.

Par catarrhe de l'oreille, l'auteur entend l'extension de l'inflammation à la trompe d'Eustache, l'oreille moyenne et

les cellules mastoïdiennes, affection qui serait toujours, d'après l'auteur, la conséquence d'un catarrhe naso-pharyngien préexistant. S'il existe des douleurs violentes, à l'exemple du Dr Rumbold, il conseille de faire, dans l'oreille, des injections d'eau tiède, d'appliquer des sangsues en avant et en arrière du méat auditif et d'instiller au besoin dans le conduit, quelques gouttes d'une solution d'atropine.

Le catarrhe naso-pharyngien étant la maladie première, c'est contre elle qu'il faut tout d'abord diriger un traitement actif. S'il existe des polypes ou une hypertrophie de la muqueuse, on devra traiter ces complications par les moyens habituels (*St-Louis med. et surg, Journ.* novembre 1883, page 405).

Gomme du pavillon de l'oreille, par le Dr Hessler, in Halle.

L'auteur a observé chez un jeune homme de 24 ans une ulcération du pavillon droit rebelle à tout traitement local et qui ne tarda pas à déterminer la nécrose d'une partie du cartilage que l'on dut enlever.

Une guérison temporaire s'en suivit, mais bientôt l'ulcération reparut. Peu après une petite tumeur gommeuse se développa sur le tibia. L'auteur poursuivit le traitement ioduré et la guérison ne tarda pas à être complète. (*Arch. f. Ohr. XX. Bd*, page 242).

J. Baratoux.

Un pou dans l'oreille *(A Louse in the Ear)*, par le Dr William.

Le Dr William rapporte le cas d'une jeune fille qui vint le consulter pour une démangeaison qu'elle avait eu dans l'oreille pendant la nuit, à l'examen, l'auteur constata la présence d'un pou dans le conduit. Ce fait est le second observé par le lui. Dans les deux cas, des injections d'eau tiède suffirent pour déloger le corps étranger.

Le Dr Pollaski raconte l'observation d'un jeune homme qui vint le consulter pour une douleur qu'il éprouvait dans tout le pariétal droit et chez lequel l'examen de l'oreille ne révèla rien de particulier.

Le lendemain matin sa sœur lui dit que dans la nuit il s'était plaint de nouveau et était mort quelques minutes après. A l'autopsie on trouva un morceau de la lame d'un

couteau ayant pénétré d'environ deux pouces dans le cerveau ou s'était développé un abcès. Le malade n'avait accusé aucun traumatisme, ni aucun coup reçu antérieurement, et l'on ne voyait à l'extérieur aucune trace de blessure(*St-Louis méd. soc., séance du 21 sept. 1883 et St-Louis méd. et surg. journ.*, Novembre 1883).

Polype muqueux de l'oreille gauche provoquant des douleurs très-vives dans l'oreille et à son pourtour. — Ablation à l'anse froide. — Cautérisation du pédicule au galvano-cautère. — Guérison. — Par M. le docteur Noquet.

Le Dr Noquet, dans la séance du 27 juillet 1883 communique à la Société centrale de médecine du Nord, l'observation d'un cas de polype muqueux de l'oreille gauche. Il s'agit d'un homme de 43 ans, souffrant depuis trois mois de douleurs intolérables de l'oreille gauche, qui le rendaient incapable de tout travail. L'acuité auditive était nulle à gauche, le diapason s'entendait mieux de ce côté, la perception crânienne était bonne. Il se faisait par l'oreille un léger écoulemeut de pus parfois strié de sang, l'examen révéla l'existence d'un polype muqueux obstruant le conduit et situé à 12 millimètres du méat.

Le polype fut enlevé au serre-nœud de Zaufal. L'ablation se fit en trois fois et les trois morceaux réunis présentaient environ 12 millimètres de longueur. Le polype s'insérait sur la paroi interne de la caisse au niveau du promontoire. La membrane du tympan avait complètement disparu. Le traitement consécutif à l'ablation du polype consiste en des instillation d'alcool trois par jour, et deux cautérisations du pédicule au galvano-cautère à huit jours d'intervalle. En trois semaines la guérison était complète. Le malade a été revu plus tard et le polype n'avait aucune tendance à récidiver. Toutefois l'acuité auditive ne s'était pas améliorée. (*Bulletin médical du Nord, septembre 1883*).

J. C.

De la surdité complète unilatérale, ou bilatérale, consécutive aux oreillons. par les Dr G. Lemoine et Lannois, médecins aides-majors.

Les oreillons, d'après Toynbee, seraient très souvent la cause d'une surdité complète, ordinairement unilatérale.

Toutefois, la littérature médicale, ne contient qu'un nombre restreint de cas de surdité complète consécutifs à des oreillons.

Il est bien entendu, qu'il ne s'agit pas ici de cette surdité banale, pouvant survenir par propagation d'une phlegmasie à l'oreille moyenne ou à l'oreille interne. Les parotidites suppurées, les phlegmons de cette région, peuvent tout aussi bien que les oreillons déterminer la perte de l'ouïe.

Il s'agit d'une surdité complète indépendante de toute manifestation inflammatoire, et que Toynbee explique par une hémorrhagie labyrinthique, en se basant sur l'autopsie d'un malade, mort d'oreillons, chez lequel il avait trouvé un épanchement sanguin dans le labyrinthe. — Cette variété de surdité est passée sous silence par la plupart des otologistes et l'opinion de Toynbec était on peut dire, à peu près oubliée, lorsque M. A. Buck de New-Yorck, fit sur cette complication assez rare, une importante communication au Congrès de la Société Otologique Américaine à Newport, en 1881. Le mémoire de Buck, mentionne deux faits de surdité complète, unilatérale, consécutive à des oreillons et qui furent rebelles à tout traitement.

A la suite de cette communication, Moos, Brunner, Knapp, Seitz, Moure ont publié des observations analogues, et les auteurs en ont eux-mêmes observé un cas dans le service de M. le professeur Paulet. Le nombre des cas est encore trop restreint pour que l'on puisse tirer des conclusions bien nettes de leur étude comparative.

Sur onze cas rassemblés et publiés par MM. Lemoine et Lannois cinq fois la surdité était unilatérale, bilatérale six fois. Le sexe et l'âge ne paraissent pas influer sur le développement de la surdité dont la marche est rapide et complète en trois ou quatre jours. La douleur, les vertiges, les vomissements peuvent manquer, les bruits subjectifs existent toujours. Enfin la maladie paraît rebelle à tout traitement.— Le siége de la lésion, tous les auteurs l'admettent est dans le labyrinthe. Quant à la pathogénie de l'affection, elle est difficile à établir. Roosa, Knapp, Moure admettent une inflammation métastatique du labyrinthe. Buck semble admettre l'opinion de Vogel; propagation de l'inflammation par le nerf facial depuis la parotide jusqu'à l'organe de Corti. Pour Moos ce serait une anto-infection secondaire, pour lui dans certains

cas d'oreillons, il pénètre dans la circulation des substances nuisibles qui stagnent dans les organes à circulation compliquée. Cette dernière explication ne paraît pas admissible à MM. Lemoine et Lannois. Pour eux les oreillons constituent une maladie générale caractérisée par des altérations du sang et ayant la plus grande analogie avec les fièvres éruptives. Maladie générale, les oreillons ont, non pas des complications, mais des manifestations locales *habituelles*, gonflement des glandes salivaires; *fréquentes*, c'est l'orchite; *rares*, prostatite, mammite, néphrite, etc. C'est dans cette troisième catégorie qu'ils rangent la surdité. (*Revue de médecine, t. III, Septembre 1883*). J. Ch.

Perte de l'ouïe chez un malade atteint d'oreillons (*Verlust des Hörvermögens im Verloufe von Mumps*), par Burkner.

Le 12 décembre 1882, au cours d'une épidémie fort répandue d'oreillons, un élève âgé de dix-sept ans fut atteint par la maladie. Le gonflement des deux côtés de la face ne lui causait, toutefois, qu'une légère incommodité. Le 14 décembre il ressentit des bourdonnements dans l'oreille droite et s'aperçut le 15, au matin, en se levant, qu'il était absolument sourd de cette oreille. Il n'existait aucun autre symptôme, sauf une légère diminution de la perméabilité de la trompe. A droite, la transmission aérienne est nulle, et la perception crânienne à peu près abolie. Dans la nuit du 17 au 18, le malade est pris des vomissements violents que l'on attribue à une affection du labyrinthe, c'est-à-dire à une irritation du cerveau, d'autant plus qu'ils se reproduisaient à chaque mouvement du malade. Il est en même temps pris de vertige, mais on n'observe pas une véritable indécision dans la marche. Le 27 janvier, l'ouïe est complètement abolie, et, malgré un traitement régulier, il ne se produit aucune amélioration dans son état, sauf toutefois une diminution des bourdonnements. Dans ce cas comme dans les 7 autres jusqu'à présent mentionnés dans la littérature médicale, il s'agit sans doute d'une affection aiguë du labyrinthe. Seligsohn, dans un rapport (*Berl. Klin. Wochenschrift* n° 18 et 19), parle de tous les cas de surdité mentionnés dans la science qui sont survenus après les oreillons, et discute les théories des différents observateurs. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 13. et *Wiener medic. Wochenschrift* n° 51 1883.) L. L.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE COPENHAGUE

8e SESSION DU 10 AU 16 AOUT 1884

I. — Section de Laryngologie

Comité d'organisation :

MM. VILHELM MEYER, président; Dr SCHMIEGELOW, secrétaire; Dr BERLÈME NIX, Dr E. BULL (Christiania); Profr RIBBING (Lund), membres.

A. — Communications prévues

1. a. L'importance pronostique des différentes manifestations locales de la tuberculose du larynx. Dr SOLIS COHEN, Philadelphie.
   b. Tuberculose du larynx. Dr GOUGUENHEIM, Paris.
2. Les paralysies du larynx. Dr Félix SEMON, Londres.
3. Les inhalations médicamenteuses dans les maladies des voies aériennes. Prof. F. SCHNITZLER, Vienne.
4. Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne (Combin, otol.-laryngol.) a) Pathologie. Dr Max. BRESGEN, Frankfurt a. M.; b. Traitement. Dr GUYE, Amsterdam.
5. Traitement du goître. Dr MORELL-MACKENZIE, Londres; Prof. RIBBING, Lund.
6. L'enlèvement opératoire des corps étrangers et des pseudoplasmes des voies aériennes. Prof. VOLTOLINI, Breslau; Prof. LEFFERTS, New-York.
7. Le traitement de la diphtérite. a. Traitement médicamenteux, Dr SEIFERT, Würzburg; b. Traitement instrumental. Dr BERLÈME NIX, Rude, Danemark.
8. Traitement des polypes des fosses nasales; évulsion — galvano-cautérisation. Dr FAUVEL, Paris (Combin. otol.-laryngol.)
9. La voix de chant : a. Son éducation méthodique; Dr BOSWORTH, New-York; b. Photographie du larynx comme moyen auxiliaire. Dr LENNOX BROWNE, Londres.
10. Les affections syphilitiques du larynx, leur forme et leur fréquence. Prof. LEWIN, Berlin.

B. — Communications annoncées

1. Dr J. GARREL, Lyon. Mannequin pour les exercices laryngoscopiques.
2. Dr FRENCH, Brooklyn. Photographie du larynx.
3. Dr BAYER, Bruxelles. Accumulateur et galvanocaustie.
4. Dr MOURE, Bordeaux. De l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée.

II. — Section d'Otologie

Comité d'organisation :

MM. Vilhelm Meyer, président; D[r] V. Bremer, secrétaire; D[r] V. Lange, D[r] Mathiassen, D[r] Setterblad (Stockholm), D[r] Thaulow (Christiania), membres.

A. — Communications prévues

1. Les différentes espèces de bruits subjectifs et leur traitement. D[r] E. Woakes, Londres; D[r] Ladreit de Lacharrière, Paris; Prof. Lucae, Berlin.
2. La dissection de l'organe de l'ouïe à l'égard spécial de ses altérations pathologiques. Prof. Voltolini, Breslau; D[r] Kirk-Duncanson, Edinburgh.
3. Maladies nerveuses de l'oreille. D[r] O. B. Bull, Christiania.
4. Le catarrhe chronique de la cavité naso-pharyngienne (Combin. otol.-laryngol.) a. Pathologie. D[r] M. Bresgen, Frankfurt a. M. b. Traitement. D[r] Guye, Amsterdam.
5. L'ouverture opérative de l'apophyse mastoïdienne. Prof. Schwartze, Halle.
6. Diagnostic des complications intra-craniennes de l'inflammation suppurative de l'oreille moyenne. D[r] Albert Robin, Paris; D[r] Orne-Green, Boston.
7. L'importance des maladies de l'oreille quand à l'aptitude au service militaire. D[r] Victor Bremer, Copenhague.
8. Le traitement des polypes des fosses nasales. Évulsion — Galvanocautérisation (Combin. otol.-laryngol.) D[r] Fauvel, Paris.
9. L'importance de l'otologie pour l'éducation médicale générale. Prof. Wreden, St-Pétersbourg.

B. — Communications annoncées

Prof. Lucae, Berlin. Le traitement mécanique des altérations de l'appareil de transmission des ondes sonores sans l'emploi de la douche d'air.

D[r] Giampietro, Naples. 1. La ténotomie du tenseur du tympan et son importance quant au traitement de la surdité.

2. La surdi-mutité du point de vue médical.

D[r] L. W. Salomonsen, Copenhague. Remarques sur l'étiologie de la surdi-mutité et sur l'enseignement des sourds-muets, principalement en Danemark.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

B..... Amygdalite chronique et Tonsollotomie (*The med. Times and Gaz.* 8 mars 1884.)

Cardew. — Amygdalite folliculaire épidémique due à un défaut de précautions sanitaires (*Brit. méd. journ.* 29 mars 1884).

Cozzolino (V.) — Angine gangréneuse secondaire (*Rivistaclin. e terapeut.* n° 5. Mai 188;).

Farmer. — Extirpation des amygdales par le procédé de Borelli (*Brit. méd. jour.* 29 mars 1884).

Ferrer y Navarro. — Traitement de l'hypertrophie chronique des amygdales (*La Cienc. med.* 30 mars 1884, n° 2).

Formica-Corsi. — Traitement de l'Amygdalite chronique (*Revista de Ciencas med.* 25 février 1884. Barcelone).

Ory. — Note sur le traitement de l'angine diphtéritique par les applications locales et réitérées d'une solution concentrée d'acide salicylique (*France méd.* 26 avril 1884).

Thornley Stoker. — Extirpation d'une tumeur naso-pharyngienne (*Acad. of med. in Ireland.* 7 décembre 1883 et *Dubl. journ. of Med. Sc.* février 1884).

Nez.

Higgen. — Elargissement des sinus frontaux (*Archiv. f. Augenheilk.* XI, 3. 1882, et *Wien. medic. Wochensch.* N° 15, 1883).

Knapp. — Un cas d'exostose éburnée des cellules mastoïdiennes. Extirpation de l'orbite, mort, autopsie; Remarques (*Arch. of Otol.* n° 1. Avril 1884).

Magnin. — De la rhinoplastie par la méthode française (*Thèse, Nancy* 1883).

Prislley Smish. — Hydrorrhée nasale accompagnée d'atrophie du nerf optique et de symptômes cérébraux (*Birmingham. Centralbl. f. pract. Augenheil.* Janvier 1883).

Roth. — Traitement de l'ozène (*Centrabl. f. die Gem. Térap et Bullet. de thérapeut. p. 569.* 30 Avril 1884).

Sommer. — Cas d'atrésie congénitale complète de l'orifice postérieur de la narine gauche (*Regiments arzt. Verein deutscher Aerzte in Prag. et Wien. medic. Wochenschr.* N° 15. 1883).

Spencer Watson. — Sur quelques perfectionnements de la rhinoscopie, du traitement des polypes du nez (*The Lancet,* 23 février 1884).

Larynx.

Allen. — De l'identité de la diphtérie laryngienne et du croup membraneux (*The Hahnnem. Monhley.* n° 3 1884).

Ciekawy et Talko-Hryncewicz. — Sur un cas de séjour prolongé d'un corps étranger dans les voies aériennes (*Medycyna. et Vratch* n° 4. 1883 et *London med. Rec.* 15 mai 1884).

Deconciliis. — Sur un cas de tuberculose pharyngienne (avec planche) (*Archiv. Ital. di laringol. fasc.* 4. 15 Avril 1884).

Grégoire. — Contribution à l'étude de la trachéotomie chez les Tuberculeux (*Thèse. Paris.* Mai 1884).

Juan Bta Parcet y. J. Camps. — Une sangsue sur l'épiglotte pendant 24 heures (*Rivist. de Cienc. med.* Barcelone, 10 mai 1884 n° 9).

Kuzz (Edgard). — Corps étrangers de l'œsophage; Extraction; Paralysie des deux cordes vocales (*Lo Sperimentale — fasc.* 5. Mars 1884).

Little john. — Lésions de la gorge dans un cas de suicide (*Med. Chir. Soc. of Edimburgh* 2 avril 1884 *et Edimb. med. journ.* Juin 1884).

Masini. — Sur la guérison de quelques maladies pharyngo-laryngiennes (*Archiv. Ital. di laringol. fasc. 4.* 15 Avril 1884).

Masucci. — A propos d'un cas de trachéotomie pour une tuberculose laryngée (*Archiv. Ital. de laring. fasc.* 4. 15 Avril 1884).

Masucci. — Paralysie toxique des nerfs laryngés (*Rivista Clin. e thérapeut.* Avril 1884).

MASSEÏ. — Considérations pratiques sur quelques faits curieux de néoplasmes laryngiens (*Bollet. delle malat. del l'Orech. della Gola e del Naso* nº 2. Mars 1884).

MASSEÏ ET G. MELLE. — Contribution à l'étude du Rhinosclérome (*Arch. Ital. de laring. fasc. 4.* 15 Avril 1884).

PUCCI. — Un cas de paralysie de la corde vocale gauche par compression du récurrent (*Arch. Ital. de laring. fasc. 4.* 15 Avril 1884).

RAMON DE LA SOTA. — Quelques considérations sur le diagnostic différentiel de quelques formes de cancer, de tuberculose et de syphilis du larynx (*Rivista méd. de Sevilla*, 29 février 1884).

Trachée.

NORTHRAP. Tuberculose générale, ouverture de ganglions enflammés dans la trachée. Obstruction de la bronche droite; Asphyxie (*New-York Path. Soc.* 23 avril *et The med. Rec.* N. Y. 31 mai 1884).

WILSON M. B. OXON. — Un cas d'hémorrhagie trachéale simulant une hémoptysie d'origine pulmonaire (*Brit. med. journ.* 24 mai 1884).

Oreilles.

BOBONE. — Quelques observations relatives à la guérison des complications mastoïdiennes (*Bollet. delle malat. dell'orech., della gola etc.* nº 3, 1er mai 1884).

BRANDEIS (Richard). — De la Glycérine Boratée (Boroglycerine) dans le traitement des otorrhées (*Arch. of Otol. N. Y.* nº 1. Avril 1884).

M. BRIDE. — Guide pour l'étude des maladies de l'oreille (A. K. Johnston. *édit. à* Edimbourg).

CORNELIUS (William). — Un cas de périostite purulente de l'apophyse mastoïde (*Arch. of Otol. N. Y.* nº 1. Avril 1884).

DALBY. — Instruments pour mesurer et enregistrer exactement les modifications de l'ouïe (*The Lancet*, 8 mars 1884).

GORHAM BACON. — Un cas de suppuration de l'oreille moyenne, paralysie faciale, nausées, vomissements, vertiges, perte de l'équilibre et surdité (*Arch. of Otol.* nº 1. Avril 1884).

HEDINGER. — Contribution à l'étude de la Pathologie et de l'Anatomie pathologique de l'oreille (*Arch. of Otol.* nº 1. Avril 1884).

KIPP. — Notes cliniques sur un cas de maladie de l'appareil nerveux de l'oreille (*Arch. of Otol.* Avril 1884. nº 1).

MERCIÉ. — Traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse (*Acad. de med.* Paris. Séance du 11 mars 1884).

PALADINO. — Contribution à l'étude du diagnostic du siège des maladies de l'oreille interne (*Rivista clinica et térapeut.* Mars 1884, nº 3).

PRINCE. — Du péroxyde d'hydrogène dans les cas de conjonctivite purulente et les abcès mastoïdiens, avec deux observations (*St-Louis Med. et Surg. journ.* nº 3. Mars 1884).

ROOSA. — Tableau indiquant le résultat de l'examen du pouvoir auditif et de l'état du tympan de 147 sourds-muets avec indication des causes ayant occasionné la perte de l'ouïe (*Arch. of Otol.* nº 1. Avril 1884).

STEINBRÜGGE. — De la position de la membrane de Reissner dans le limaçon humain (*Arch. of Otol. N. Y.* nº 1. Avril 1884).

STUPHEN. — Deux cas de carie de l'os temporal suivis de mort; Ouverture au niveau de la partie supérieure de la caisse. Autopsie (*Arch. of Otol.* nº 1. Avril 1884).

L. SUNÉ Y MOLIST. — Labyrinthite aiguë avec lésion du nerf facial (*Rivista de Ciencas med.* nºs 6 et 8 — 1884).

TÉTARD. — Hematome du pavillon de l'oreille (*Thèse Paris.* Mai 1884).

Varia.

Barnes. — Langue noire (*Brit. med. journ.* 24 mai 1884).

Baryton Bull. — Quelques remarques sur les phénomènes acoustiques produits par le flux des liquides dans les tubes; Du siège et du mécanisme des bruits fonctionnels du cœur (*The. med. Rec.* 12 août 1884).

Buttlin. — Œsophagotomie pour extraire un corps étranger du gosier (*Clin. Soc. of London.* 14 mars et *Brit. med. journ.* 22 mars 1884).

Chauncy Puzey. — Calcul salivaire volumineux; Excision de la glande sous-maxillaire (*The Lancet*, 8 mars 1884).

Colcott Fax. — De l'éruption circinnée de la langue (État lichenoïde, syphilis desquamative). (*The Lancet*, 10 mai 1884).

Edmund. — Cancer de l'œsophage; gastrotomie (*Brit. med. journ.* 22 mars 1884. p. 558).

Falligaut. — Croup et diphtérie. Traitement (*The Hahneman-monthly* n° 3 1884).

Faure. — De l'épithélioma du plancher de la bouche (*Thèse, Paris.* Juin 1884).

Flemming. — Un cas de vaste kyste sébacé situé sous la langue (*Brit. med. journ.* 22 mars 1884. p. 558).

Hunter Mackensie. — Valeur diagnostique et pronostique du baccille de la tuberculose (*Edimb. med. journ.* Février 1884).

Inzanni. — De la trachéotomie, histoire clinique (*Giorn. de clin. e térap. fasc.* 3 mars 1884, p. 126).

Josias. — Rétrécissement du tiers inférieur de l'œsophage par un carcinome (*Progr. med.* 8 mars 1884).

Kendal Franks. — Excision de la langue pour un épithélioma (*Acad. of med. in Ireland.* 7 Mai 1884, et *The Dublin journ. of med. Sc.* Juin 1884).

La Garde (Louis). — Un cas d'œsophagotomie avec remarques (*The Americ. journ. of méd. Sc.* Avril 1884, p. 406).

Lawrie (Ed.). — Un cas d'œsophagotamie (*The Lancet* 8 mars 1884).

Nathan Mayer. — Trachéotomie dans un cas de diphtérie au-dessous de 2 ans, guérison (*The med. rec. N. Y.* 26 avril 1884).

Pellizzari. — Gomme syphilitique de la langue survenue 43 ans après l'infection (*Bollet. del. soc. tra. e cult. delle s. m. in Siena. N° 1. 1884. et Giorn. de clin. e térap.* Messine. Avril 1884. fasc. 4).

Stoker. — Langue noire (*Brit. med. journ.* 22 mars 1884).

Terrillon. — Rétrécissements cicatriciels de l'œsophage (*Progr. med.* 8 mars 1884).

Tweedy (John). — Quatre cas de paralysie de l'accomodation à la suite d'angine diphtéritique (*The Lancet* 14 Juin 1884).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.

5e Année. N° 8. 1er Aout 1884.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'action du sulfate neutre d'atropine sur la marche des otites aigues chez les enfants.

Clinique du Dr C. Miot.

Depuis que le docteur Gentilhomme a fait connaître, il y a deux ans environ, les bons effets que peut produire l'atropine dans les inflammations catarrhales du nez, on a publié plusieurs observations à l'appui des faits cités par ce praticien.

L'action de ce médicament, n'est pas douteuse sur le plus grand nombre des malades; sur quelques uns, elle est si énergique, même à la dose d'un *demi* milligramme, qu'elle produit une sécheresse considérable du pharynx et rend la déglutition assez difficile pour que le malade soit forcé de s'abstenir d'aliments solides. Ces effets sont particulièrement intenses chez les sujets atteints d'un commencement de pharyngite sèche.

J'ai prescrit la solution d'atropine à un certain nombre d'enfants qui étaient souvent affectés de rhinite intense et avaient, en même temps, une otite aigue d'un côté ou des deux. J'ai remarquer qu'en faisant avorter l'inflammation nasale, dès le début, on enrayait l'otite.

Il est important de modifier rapidement cet état inflammatoire, car beaucoup de jeunes enfants ne peuvent pas contracter un rhume de cerveau un peu violent sans être rapidement affectés de douleurs d'oreille causées par une inflammation plus ou moins diffuse de la trompe et de la caisse du tympan. En faisant diminuer de suite la sécrétion nasale, le processus inflammatoire n'atteint pas les oreilles, soit parce qu'il diminue, soit parce que le muco-pus ne gagne pas les trompes.

Cette pratique si simple évite à un grand nombre d'enfants des otites moyennes à répétitions survenant plusieurs fois dans une année, comme nous l'avons remarqué souvent sur de jeunes enfants lymphatiques (3 à 10 ans), quelquefois chez des adolescents et des adultes, et pouvant produire des lésions sérieuses comme une perforation large du tympan ou d'autres complications plus graves, comme toutes celles qui peuvent survenir dans de pareils cas.

Nous pourrions citer 30 observations à l'appui de notre opinion.

Nous nous bornerons à publier celle du premier malade que nous avons traité de cette manière.

Le 1er septembre 1879, une petite fille de 4 ans nous est amenée par ses parents. Elle est blonde, très lymphatique, et est affectée d'un catarrhe purulent de la caisse gauche, avec bourgeons charnus dans le conduit, inflammation aigue de l'apophyse mastoïde et subaigue de la trompe droite. Le 20 septembre, l'oreille droite est guérie.

Le 9 Nov., l'oreille gauche est guérie aussi, mais la perforation du tympan est trop large pour qu'il soit possible de la faire cicatriser. Au mois de mars suivant, rhinite avec congestion légère de la muqueuse des trompes et des caises, engouement de la trompe droite, avec surdité assez prononcée. Quelques insufflations de vapeurs d'eau et de tolu modifièrent rapidement cet état inflammatoire. A la fin d'avril 1880, rhinite avec les mêmes

accidents auriculaires. Même traitement, guérison rapide. Au mois de novembre de la même année reproduction des symptômes que nous venons de décrire. Traitement déjà indiqué, même résultat. Nous conseillons à la mère de l'enfant de lui administrer, à la première atteinte de rhinite la solution suivante :

N° 1. Sulfate neutre d'atropine, 1 milligramme ; eau distillée 80 grammes, 2 à quatre cuillerées à café par jour à 2 ou 3 heures d'intervalle.

Nous prescrivons aux adultes une dose un peu plus forte.

N° 2. Sulfate neutre d'atropine 1 milligramme; eau distillée 40 grammes, 2 à 4 cuillerées à café par jour à 2 ou 3 heures d'intervalle.

Le 8 janvier 1881, rhinite modifiée avantageusement dès le 1er jour par 2 cuillerées à café de la solution d'atropine n° 1, pas de douleurs d'oreilles. 2 mars 1881, nouvelle rhinite, même traitement pendant deux jours, quelques éclairs de douleur.

Le 15 mai 1881, rhinite, même traitement, même résultat.

Remarques.— Depuis cette dernière époque, nous avons revu plusieurs fois notre jeune malade. Elle a été atteinte de plusieurs rhinites suivies de quelques éclairs de douleurs, mais elle n'a jamais ressenti de douleurs vives comme avant l'emploi de l'atropine. Le sulfate neutre d'atropine a été administré au début de l'inflammation nasale et a toujours produit les mêmes effets.

HÔPITAL ST-ANDRÉ (Service du Dr LANDE)

Tuberculose laryngée primitive.

Observation recueillie et rédigée par L. RABAINE, interne du service.

Laherrère (Jean), cinquante-et-un ans, portefaix, entre, le 11 janvier 1884, à l'hôpital Saint-André, où il est placé dans le service de M. le Dr Lande (salle 12, lit 17).

A son entrée à l'hôpital, le malade n'émet aucun son articulé et ne peut arriver à donner une réponse intelligible aux questions qui lui sont adressées. Il a une dyspnée intense, accompagnée d'un cornage assez accentué. Le simple examen de l'arrière-bouche, à l'aide d'une fourchette pour abaisser

la langue, détermine un accès de suffocation. L'examen laryngoscopique est impossible. La déglutition est difficile, surtout la déglutition des liquides, qui sont rapidement rejetés par le nez, à la suite de petits mouvements d'une toux brusque.

L'examen du thorax dénote à la percussion une diminution de la sonorité dans toute l'étendue du poumon. L'auscultation ne permet de constater qu'un bruit vague et confus; ce sont des râles de toute nature que l'on ne peut caractériser. Diagnostic : œdème de la glotte de cause encore indéterminée.

Le 12 janvier, le malade est dans le même état, et l'exploration reste impossible. Potion au kermès. Gargarisme émollient.

Le 13, même état. Gargarisme au bromure de potassium.

Le 14, mêmes symptômes, mêmes prescriptions.

Le 15, l'asphyxie étant imminente et le moindre attouchement amenant la suffocation, on ne peut faire encore l'examen laryngoscopique, déjà différé depuis le 13.

Le 16, mort avec tous les symptômes de l'asphyxie (cyanose de la face, refroidissement progressif des extrémités, etc.).

Ce n'est qu'au moment de la mort que la sœur du malade put nous donner les renseignements suivants :

Le nommé Laherrère est issu de parents morts depuis longtemps déjà d'une maladie de poitrine (tuberculose pulmonaire?). Lui-même n'a jamais fait de maladie sérieuse; pendant son enfance, il avait été assez chétif. Durant toute sa vie, il a été sujet à des rhumes fréquents. Il toussait d'une façon presque continuelle; cette toux s'accompagnait parfois de l'expectoration de crachats striés de sang; cependant il n'a jamais eu d'hémoptysie notable. Depuis environ six mois, il présentait parfois le soir de légers mouvements fébriles; la nuit, il avait des sueurs abondantes.

Il y a environ quatre mois, après avoir travaillé sur les quais toute une journée pluvieuse, il revint chez lui avec une toux fréquente et quinteuse qui lui causait une douleur assez vive le long de la trachée et du larynx. La voix était voilée, et depuis ce temps elle est devenue de plus en plus éteinte, jusqu'au moment où nous le voyons, le 11 janvier, à son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on trouve les poumons congestionnés à la base. Leur surface est marbrée de

petites travées noirâtres répondant aux espaces interlobulaires. Les ganglions bronchiques sont légèrement augmentés de volume; ils ont une coloration noire foncée, due à la présence dans leur intérieur d'une infinité de particules de charbon. Des granulations tuberculeuses assez volumineuses (grosses comme un grain de blé) sont disséminées dans toute l'étendue des poumons, surtout aux sommets et aux bords postérieurs. Ce sont des tubercules crus pour la plupart; quelques-uns seulement sont peut-être en voie de subir la dégénérescence caséeuse.

Le cœur se présente avec ses caractères normaux. Il offre peut-être un léger degré d'hypertrophie. Ses orifices sont sains.

Le foie, dont le volume et la coloration sont normaux, présente à la coupe de rares tubercules encore à la première période de leur évolution.

Les reins n'offrent trace d'aucune altération.

C'est surtout à la partie supérieure du larynx que l'on trouve des lésions importantes; ce sont des ulcérations tuberculeuses jaunâtres, abondantes surtout au niveau de la muqueuse qui tapisse la face postérieure de l'angle du cartilage thyroïde. Des ulcérations semblables se trouvent dans le sillon qui sépare l'épiglotte de la base de la langue. Les cordes vocales ont disparu presque en totalité; ce n'est qu'à la partie la plus antérieure que l'on trouve encore quelques légères traces des cordes vocales inférieures. Les cordes vocales supérieures et le ventricule du larynx n'existent plus.

L'épiglotte est le siège de la lésion connue sous le nom d'œdème dur. Ses dimensions sont diminuées, elle est comme revenue sur elle-même, comme ratatinée. Elle a perdu à peu près toute élasticité et fonctionne très mal, ce qui explique la difficulté de la déglutition et les fréquentes expulsions des aliments par les fosses nasales. L'orifice supérieur du larynx est très amoindri; il est réduit à une simple fente.

Les replis aryténo-épiglottiques sont tuméfiés, comme infiltrés de matière gélatineuse et notablement augmentés de volume; ils ont environ les dimensions de l'extrémité libre de l'auriculaire. Ces lésions expliquent les phénomènes de cornage que nous avons pu observer durant la vie du malade.

Les replis glosso-épiglottiques, eux aussi, sont œdématiés, mais à un degré beaucoup moindre.

Les amygdales et les piliers du voile du palais ne paraissent point altérés.

En présence des lésions qui ont été trouvées à l'autopsie, on peut conclure à une tuberculose laryngée primitive. En effet, le poumon nous offre les lésions propres à la première période de la tuberculose. Dans le larynx, au contraire, on trouve des tubercules qui ont parcouru toutes les phases de leur évolution et qui ont déterminé la destruction complète des cordes vocales. Ces lésions semblent aussi suffisantes, et au-delà, pour expliquer l'existence de l'œdème de la glotte, qui a seul pu en imposer, tant que l'examen laryngoscopique n'a pu faire connaître les lésions premières dont le larynx était le siège, et dont le diagnostic seul était rationnel, devant les symptômes de dyspnée et de cornage que présentait le malade.

L. RABAINE.

Syphilis de l'oreille (*Suite*) (1);

Par le Dr J. BARATOUX.

Bright (2) rapporte un cas d'otite moyenne chez un malade atteint de destruction du palais qui succomba quelque temps après à une phlébite des sinus cérébraux avec abcès métastatique du poumon.

Neumann (3) avait précédemment signalé une autre mort due à une carie syphilitique de l'oreille.

C. Tungel (4) rapporte aussi une observation de carie syphilitique avec otorrhagie abondante.

Le catarrhe aigu de l'oreille est considéré par Pagenstecher (5) comme une complication de syphilis du pharynx.

Hutchinson (6) dont l'attention avait déjà été appelée sur les syphilis de l'oreille reprend ce sujet en 1861 et en

(1) Voir *Revue* 1883, nos 10 et 11 et 1884, no 2.

(2) Bright. *Med. Rep.* t. II. 66.

(3) Neumann. *Lincke's Handbuch. Theil II.* p. 394.

(4) C. Tungel. *Deutsche Klin.* 1863. n. 23. p. 225. f. 8.

(5) A. Pagenstecher. *Deust. Klin.* 1863. 41-43.

(6) Hutchinson. *Med. Times.* 1861. p. 530. et *A. clinical memoir in certains diseases of the eye and ear, consequent on inhenited syphilis.* 1863. Londres, p. 174.

1863, époque à laquelle il consacre un livre entier aux lésions héréditaires de la maladie. C'est à ce moment qu'il indique « la triade d'Hutchinson » (lésion particulière des dents avec surdité et kératite) comme symptôme caractéristique de l'hérédité vénérienne. Il croit que la surdité à la suite de cette affection peut être seulement produite par une altération de l'appareil nerveux, car, dans les 21 cas qu'il signale, les maladies de l'oreille externe en moyenne ne peuvent être la cause d'une telle surdité ; il fait ensuite remarquer que le pronostic est facheux.

Wilks (1) dans un travail sur la syphilis de l'oreille interne, raconte qu'un soldat, âgé de 37 ans, avait eu un écoulement de l'oreille droite à la suite d'une ulcération du pharynx et de perte du voile du palais. A l'autopsie on trouve une carie de l'apophyse mastoïde, l'inflammation des sinus latéraux et de la jugulaire avec abcès métastatique du poumon.

Betz (2) rapporte l'observation d'un homme ayant eu une otorrhée, dans son enfance, qui laissa après elle une certaine surdité. Huit ans avant sa mort, il contracta la syphilis, et trois ans après avoir pris le germe de cette maladie, il eut des signes manifestes de syphilis (exanthèmes, periostite de la base du crâne). La surdité augmenta alors de telle façon qu'il dut faire usage d'un cornet acoustique et plus tard il fut obligé de faire écrire les demandes qu'on lui adressait. Il rendit quelques parcelles osseuses mélangées au pus. On pensa à une carie des rochers et dans les dernières années de sa vie, il eut des douleurs, des vertiges, et mourut à la suite d'attaques épileptiformes.

C'est alors que Triquet (3) publie ses leçons cliniques dont une est consacrée à l'otite syphilitique ; mais sous ce nom, il comprend l'otite blennorrhagique. Pour lui, c'est le tympan, puis la muqueuse de la caisse et celle de la trompe, puis le conduit auditif et enfin le périoste des

(1) Wilks. *Guy's Hosp.* Rep. 1863. 3e série IX. p. 1 *Ueber syph. affect. in. organe.*

(2) Betz. *Vollständige Taubheit nach syphilis*, *Memorabilien.* 1863. 27 mai. VIII. 5.

(3) Triquet. *De l'otite syphilitique.* In *leçons cliniques sur les maladies de l'oreille* p. 85 et *journal de méd. et de chir. pratiques.* 1863. juillet.

osselets et l'os temporal qui sont atteints par ordre de fréquence.

Peu après E. Fournié (1) signale l'infection primitive de l'orifice de la trompe d'Eustache à la suite du cathétérisme pratiqué avec des sondes mal nettoyées. Une discussion s'engage alors au sein de la Société médicale des hôpitaux, lorsque M. Lallier (2) y présente une nouvelle malade infectée par le même procédé.

MM. Gubler, Vigla, Gosselin, Ricard, Folin, Fournié, Hillaret (3) rapportent tour-à-tour 13 faits analogues de contamination attribuée au même médecin. Maurice Raynaud et M. Lancereaux en voient aussi un cas dans le service du professeur Hardy (1863). Puis MM. Bucquoy (4) et Lortet (5) font connaître des observations analogues.

(*A suivre.*)

Sur le pharynxmycosis leptothrix,

Par le Dr Théodore Héring, médecin de l'hôpital St-Roch, à Varsovie.

Permettez-moi d'attirer votre attention sur une maladie du pharynx relativement rare et très intéressante au point de vue étiologique, c'est la mycose tonsillaire décrite pour la première fois par Fraenkel en 1873.

Le nombre d'observations n'est, jusqu'à présent, que très restreint et, Gumbiner n'a réussi à en réunir que six cas.

Ce chiffre doit paraître d'autant plus extraordinaire, que l'investigation du pharynx se fait, maintenant, avec une exactitude minutieuse, et il est à supposer, que le processus morbide dont nous nous occupons, a pu être confondu avec d'autres maladies analogues. Cette hypothèse paraît d'autant plus fondée, qu'il faut avoir recours au mycroscope et aux réactions mycro-chimiques, pour

(1) E Fournié. Arch. géné. le *Méd.* 1863. II. p. 267.
(2) *Soc. méd. des hôpitaux.* 1864. 28 sept.
(3) *Soc. Méd. des hôpitaux.* 1864. 12 octob.
(4) Bucquoy. *Gaz. hebd.* de 1865. n° 25.
(5) Lortet. *Gaz. méd. de Lyon.* 1866. 1er mars.

pouvoir bien établir la nature mycotique de cette maladie. Les recherches présentaient d'autant plus de difficultés que, jusqu'à présent, on n'a pu s'occuper que des produits superficiels de la maladie, tandis que la substance proprement dite, c'est-à-dire les tonsilles ou (amygdales), n'étaient guère accessibles. Aussi est-ce par un concours extraordinaire de circonstances, que j'ai eu occasion d'observer six cas de mycosis en deux ans, et d'exciser les tonsilles chez trois de ces malades, et je viens vous communiquer le résultat de mes observations.

Ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire, l'affection qui nous occupe a été décrite pour la première fois par B. Fraenkel, qui a présenté le malade à la Société médicale de Berlin; un autre cas a été étudié par le même auteur en 1880, et les cryptogames désignés sous le nom de leptothrix buccalis. — Depuis, le même auteur en a observé plusieurs autres et s'occupe, maintenant, de la culture artificielle de ce cryptogame.

Une observation analogue, décrite par le Dr Baginski, concerne un jeune garçon affecté simultanément d'ozène trachéale, et chez lequel, ce médecin et B. Fraenkel ont pu trouver des fils de leptothrix sous les cordes vocales, au milieu d'autres produits sécrétés.

L'année dernière, Eugène Fraenkel (de Hambourg), publia une nouvelle observation de Mycosis tonsillaris lingalis, complétée par les recherches du professeur Sadebeck. Les deux auteurs prétendent avoir trouvé l'origine de la maladie dans un nouveau bacillus auquel, vu sa forme, en effet, ils ont donné le nom de *bacillus fasciculatus*.

M. Sadebeck considère comme spores les nombreux grains qui se trouvent entre les filaments, tandis que E. Fraenkel prétend que spores et bâtonnets (bacilloli), représentent les différentes phases de développement du même organisme microscopique.

Nous mentionnons encore deux observations de Mycosis benigna, publiées par le Dr L. Bayer, ainsi que la thèse inaugurale du Dr Gumbiner, sur le Mycosis du pharynx. Lui aussi, appelle les éléments parasitaires « Leptothrix » et donne, dans son travail, un aperçu de toutes les observations connues.

Après avoir payé un juste hommage à ceux de nos confrères, qui, les premiers ont contribué à isoler cette nouvelle forme nosologique de celles avec lesquelles on l'avait confondue antérieurement, je viens, à mon tour, communiquer une observation du même genre qui est d'autant plus intéressante, que le sujet en est un aimable confrère, M. le Dr Dembicki, il a bien voulu me fournir, lui-même, les détails suivants sur le développement et la marche de sa maladie.

M. Dembicki, souffrant depuis longtemps de catarrhes du pharynx, fut en 1874 atteint d'angine aiguë, compliquée de fièvre, et qui, par des exacerbations répétées, le força à garder la chambre pendant trois semaines. — En janvier 1875, le malade constata l'apparition de nombreuses nodosités et excroissances à la base de la langue et aux deux amygdales, dans les cryptes desquelles elles constituaient des concrétions jaunâtres, dures, très résistantes, du volume d'un grain de millet.

L'état général du malade était très inquiétant ; les forces diminuèrent, l'appétit disparut, on constata de la difficulté d'avaler, une sensation de sécheresse et d'irritation dans la gorge ; le sommeil fut troublé, une dépression générale s'empara du malade, d'autant plus, qu'en l'absence de tout autre symptôme pathologique et du peu de succès des médications employées, l'idée d'une affection tuberculeuse se présentait, en quelque sorte, d'elle-même.

En outre, les mouvements de la langue et l'émission de la voix devenaient de plus en plus difficiles.

Au mois de mai, le malade se rendit à Cracovie, à l'effet de consulter le professeur Biesiadecki, qui constata que les néoplasmes, enlevés à la base de la langue, avaient une réaction iodée très prononcée, et diagnostiqua une dégénération amyloïde des glandes muqueuses ; plus tard, le professeur Stoerk, de Vienne, confirma la rareté de la maladie, et à ce titre en fit l'objet d'une conférence à la Société médicale de Vienne, à laquelle le malade fut présenté. Le professeur Stoerk déclara que les dépôts dans les tonsilles étaient des concrétions calcaires, mélangés de mucus et de cristaux de cholestéarine. On essaya de les enlever à l'aide de pinces, ce qui,

cependant, fut aussi douloureux qu'inutile, les concrétions réparraissant de nouveau le lendemain.

Notre pauvre confrère, fatigué par sa maladie et aussi par le traitement suivi, se rendit à Marienbad, espérant y trouver au moins quelque soulagement dans la dyspepsie, dont il souffrait et se soumit, derechef, à une exploration, qui fut pratiquée par le professeur Klebs. Ce dernier constata la présence du leptothrix buccalis et saisit cette occasion pour publier un travail très intéressant sur les *mycus de la cavité buccale.*

Désespérant de trouver dans la thérapeutique un remède contre ses souffrances, le Dr Dembicki eut l'idée d'essayer la nicotine, sous forme de cigares et le moyen réussit.

Deux mois après, toute tache blanche avait disparu, et le malade, dont j'ai eu l'honneur de faire la connaissance, doit, au moins jusqu'à présent, sa guérison à un moyen que le peuple considère, depuis longtemps, comme remède anti-parasitaire.

L'observation, que je viens de citer, soulève plusieurs questions importantes auxquelles je reviendrai plus tard, après avoir défini, plus exactement, l'importance clinique de la maladie que nous étudions.

A cet effet, j'ai groupé toutes les observations connues, avec celles que j'ai pu faire moi-même, dans un tableau, qui pourra servir de jalons pour l'étude de la mycose du pharynx (1).

La mycose du pharynx constitue donc une maladie des amygdales et de la base de la langue caractérisée par l'apparition de *granulations* jaunâtres, grisâtres, le plus souvent molles, quelque fois cornifiées et pédonculées, ou d'excroissances pointues. — Leur siège est dans les cryptes des amygdales, quelque fois sur la muqueuse de ces dernières, de l'arcade palatine ou de la paroi postérieure du pharynx, dont elle couvre les parties latérales de haut en bas. A la base de la langue elles émergent, presque sans exception, des papilles ou des glandes folliculaires, et constituent des faisceaux ou houppes, longs de deux à huit millimètres et larges de deux.

(1) Voir pages 268 et 269.

Ces excroissances se distinguent par leur facilité de récidive après l'opération ; ne causent, à l'ordinaire, que très peu d'irritation locale sans réaction fièvreuse, qui ne se fait jour que rarement et dans des cas exceptionnels.

La maladie affecte surtout les amygdales (sept fois sur quatorze observations), les amygdales et la base de la langue (sept fois). Douze de ces observations constatent la présence des concrétions blanches dans les deux amygdales ; les deux dernières, se rapportent à l'amygdale du côté droit.

NOM DE L'AUTEUR	SEXE du malade	AGE	SIÈGE DE LA MALADIE		SYMPTOMES	
			TONSILLES	BASE DE LA LANGUE	LOCAUX	GÉNÉRAU[X]
B. FRAENKEL	M.	20	—	Eminences disséminées.	Catarrhe léger du pharynx.	—
B. FRAENKEL	M.	—	Toutes les deux.	—	?	?
BAGINSKI	M.	12 1/2	Deux amygdales et ozène trachéal.	—	—	—
KLEBS	M.	30	—	Eruptions nombreuses	Dysphagie, gène dans la parole.	Amaigrissement, [illegible]blesse, dyspep[sie]
E. FRANKEL	M.	30	—	Amygdale droite et base de la langue.	—	—
GUMBINER	F.	23	Les deux amygdales, base de la langue et paroi du pharynx.	—	—	—
BAYER	F.	28	—	Amygdales et base de la langue.	—	—
BAYER	F.	15	—	Idem.	Petite toux.	—
F. HERING	F.	34	—	Eruption légère.	—	—
F. HERING	F.	24	—	Petites nodosités à l'amygdale droite.	Irritation de la gorge	Faiblesse.
F. HERING	F.	20	—	Deux amygdales.	Disphagie.	Etat fébrile.
F. HERING	M.	24	—	Affection légère des deux amygdales	Irritation de la gorge, toux.	—
F. HERING	F.	20	—	Amygdale droite.	Disphagie.	Etat fébrile
F. HERING	F.	62	—	Affection violente des deux amygdales.	Disphagie.	—

(1) Malade revue le 14 Décembre 1883 sans traces de Mycose.

Les femmes paraissent plus disposées à la maladie que les hommes (8, B). — L'âge du malade embrasse une période assez étendue (12 1/2 à 62 ans), bien que les

observations les plus fréquentes soient limitées par l'âge de 28 à 35 ans (10 sur 14).

Quoique la maladie soit très caractérisée, même à première vue, on l'a cependant confondue avec la diphthérie, l'amygdalite folliculaire et la formation de concrétions. — Ici, les points suivants peuvent servir de jalons pour le diagnostic différentiel.

La mycose diffère de la diphthérie par le manque absolu

RÉSULTATS de l'exploration au MICROSCOPE	TRAITEMENT	RÉSULTAT	LITTÉRATURE
Bâtonnets et mycrococcus.	?	?	Berl. Klin. Wochenschr, 1873, p. 94.
?	?	?	— — 1880, no 18.
Leptothrix dans la sécrétion trachéale.	?	?	Société clinique de Berlin, 17 Mai 1876.
Leptothrix.	Caustiques et anti-putrides	Guérison.	Archives de pathol. exper. de Klebs, 1876.
Bacillus fasciculatus.	Galvano-caustique.	Guérison.	Zeitschr. f. Klin. Medicin Leyden, 1882, p. 288
Leptothrix.	Caustique, teinture d'iode, etc.	Récidive depuis 5 ans.	Ueber eine gutatige Mycosis, etc. Inaug. Dis. 1883. Berlin.
Leptothrix.	Arrachement à l'aide des pinces.	Guérison.	Revue mensuelle de Laryngologie. p. Moure, 1883
—	Idem.	?	— — —
Leptothrix.	Galvano-caustique.	Guérison.	Observation inédite.
—	Amygdalotomie.	—	—
—	Amygdalotomie et galvano-caustique.	—	—
—	Arrachement par les pinces.	—	—
—	Galvano-caustique.	—	—
Leptothrix.	Amygdalotomie.	Récidive. (1)	—

d'accidents inflammatoires locaux; par l'absence de fièvre, par l'apparition disséminée des petits groupes. leur résistance et l'invasion simultanée de la base de la langue.

La tonsillite folliculaire se complique également de fièvre; les produits de cette maladie sont fragiles, se laissent facilement éloigner sans présenter de résistance. — En dernier lieu, le microscope élucidera le doute.

La véritable et seule erreur possible vient des concrétions qui tapissent les cryptes des amygdales dans l'amygdalite chronique. Elles constituent, en effet, des corpuscules blancs ou gris résistants, d'une consistance analogue à la chaux ou au ciment, et sont parfois expectorées par la toux, ou par leur séjour prolongé peuvent occasionner de la fièvre ou même des abcès.

Ces granulations, d'ailleurs, se laissent facilement expulser des cryptes des amygdales, soit par la compression, soit à l'aide d'un stylet. — L'analyse microscopique constate la présence de cellules graisseuses d'épithélium, de concrétions calcaires, de cristaux de cholestéarine et de bactéries, mélangés quelque fois (B. Fraenkel) de filaments de leptothrix.

D'après une lettre de M. E. Fraenkel, la teinture d'iode ne provoquait aucune réaction, ce qui, joint aux autres symptômes de son observation, me fait croire qu'il s'agissait, ici, plutôt de la présence de concrétions dans les amygdales, que de la mycosis leptothricia proprement dite.

Symptômes. — Dans six observations, les malades n'ont présenté aucun symptôme local; dans huit cas, ils se plaignaient de titillations légères dans la gorge, de sécheresse, petite toux et dysphagie légère.

L'influence du mycosis sur l'état général des malades, n'a pu être constaté que trois fois, dont l'observation relative au Dr Dembicki, mérite une mention spéciale, comme présentant, même *avant l'institution du traitement local*, la faiblesse, l'amaigrissement, la dyspepsie.

Ces phénomènes sont d'autant plus extraordinaires, que ce n'est pas depuis leur apparition qu'on a appliqué les caustiques, l'arrachement et le galvano-cautère.

Dans ces circonstance, il n'y a rien d'étonnant de voir paraître des symptômes inflammatoires, de la dysphagie, des accès de fièvre et une anorexie complète, aggravant la dépression générale du malade qui, malgré les assertions de son médecin, craint toujours l'apparition de la diphthérie.

La disparition immédiate de tous ces symptômes après l'enlèvement des foyers mycotiques, prouve que la qualification de « bénigne » ne saurait être appliquée à des

cas plus graves et pouvant se prolonger des mois entiers ; et je crois être dans le vrai, en proposant d'appeler la maladie *mycosis leptothricia*, d'autant plus, que l'emploi de l'iode, comme réactif, en caractérise suffisamment la nature.

Or, cette dernière méthode n'ayant pu jusqu'à présent être appliquée qu'à des produits superficiels, il a fallu faire des recherches sur les amygdales elles-mêmes.

Dans ce but, les concrétions enlevées à l'aide d'une pince ou d'une curette affilée, furent lavées dans une solution de potasse caustique, titrée au cinquième et plongée dans un bain de glycérine pour être examinées au microscope. Elles consistaient en cellules épithéliales lamelleuses dépourvues de nucléole, souvent parsemées de granules très fins, réflétant fortement la lumière et brillants; et entourées d'une masse jaunâtre et adhérente.

C'est dans cette dernière, que se trouvaient des bâtonnets plus ou moins longs, arrondis, polarisant fortement la lumière et rangés, soit en forme de filaments touffus, soit en forme de pelottes ou de gerbes.

Ces corpuscules n'étaient ni articulés, ni ramifiés, mais se recourbaient en forme d'arc ou affectaient une disposition réticulaire, tapissant les agglomérations épithéliales.

Sous l'influence d'une faible solution de Lugol, les bâtonnets, de même que les filaments touffus, se teignaient en bleu intense, tandis que les nucléoles n'étaient que légèrement teintés de la même couleur (f. I.). — Les bâtonnets présentaient alors un aspect articulé qui, cependant, n'était que passager et disparaissait, bientôt, pour reparaître sous l'influence de la teinture d'iode. En examinant de plus près des bâtonnets qui perdaient leur coloration, j'ai pu constater que les corpuscules bleus n'étaient pas du tout des spores mais que c'était bien des petits dépôts amylacés, apparaissant tantôt sous forme de granules ronds et isolés, tantôt comme masse allongée, remplissant la cavité du fil (Robin).

En outre, j'ai trouvé qu'à mesure que les bâtonnets perdaient leur coloration ils devenaient minces, homogènes et inarticulés.

Cette segmentation factice n'est donc point produite par des septums transversaux, mais, selon toute probabilité, par les dépôts à l'intérieur du filament de glomérules amylacés qui, plus tard, forment une masse homogène en se confondant les uns avec les autres.

J'ai réussi à diviser les filaments allongés en bâtonnets plus ou moins longs sans, toutefois, parvenir à produire la masse que la teinture d'iode teignait en bleu.

Le bleu de méthyle et la couleur violette de gentiane, n'ont jamais donné des images aussi nettes que la teinture d'iode.

Si le lendemain du jour ou j'avais enlevé le leptothrix, j'examinais de nouveau les amygdales, — ces dernières présentaient une sorte de membrane très délicate dans laquelle, cependant, les filaments de leptothrix étaient très rares, mais, par contre, il y avait de nombreuses cellules épithéliales, une substance à granulation millaires, indifférente à l'action de l'iode.

Il s'agissait, maintenant, de savoir si les parcelles trouvées dans les cryptes des amygdalles étaient en relation directe avec les filaments de leptothrix qui s'étendaient à leur superficie.

En soumettant des amygdales extirpées, au microscope, je constatai deux formes différentes de mycoses; l'une, était représentée par des excroissances superficielles, adhérentes à l'épithélium de la muqueuse, présentait une forme semi globulaire; elle consistait en couches épithéliales cornifiées, homogènes à leur milieu, effilées vers leurs bords et entourées d'une masse nucléolaire (fig. II).

La seconde espèce formait des pivots triangulaires (fig. III), perçant l'épithélium de la muqueuse, et qui entraient assez profondément dans la substance de l'amygdale, où ils disparaissaient presque entièrement. Ces pivots étaient jaunâtres, homogènes, brillants ; ils se composaient d'écailles épithéliales confluentes et de débris d'épithélium, affectant la forme d'un fuseau. Les couches supérieures étaient également parsemées de la substance dont nous avons parlé plus haut, et laissaient émerger des néoplasmes arrondis.

L'action de l'iode ne confirmait plus l'existence des

filaments de leptothrix qui, selon toute probabilité, s'étaient atrophiés sous la compression des cellules épithéliales.

J'arrive à la partie la plus importante de mes recherches, c'est-à-dire, aux phénomènes constatés dans les cryptes elles-même.

Ainsi que je l'ai dit, la mycosis pharyngis se caractérise par l'absence des symptômes inflammatoires dans les tissus affectés. — Les changements constatés dans les amygdales se bornent à un engorgement de la couche épithéliale de la muqueuse, et à une augmentation de volume des follicules, d'ailleurs peu nombreux à cet endroit; les glandes muqueuses sous-jacentes ne présentaient aucune altération.

A la coupe, les cryptes remplies d'une masse blanchâtre cornifiée étaient visibles, même à l'œil nu. Examinées au microscope, même avec un faible grossissement (système 4, oculaire 3, Hartnack), leur contenu se composait de bandes tressées vers le centre, jaunâtres, effilées vers la périphérie et de lamelles épithéliales atrophiées. Sous la compression du verre, elles changeaient de forme, s'allongeaient, s'atrophiaient, perdaient leurs nucléoles, devenaient brillantes et formaient des couches homogènes concentrées.

Un grossissement plus fort (système 9, oculaire 3) et la réaction iodée, permettait de constater d'une manière indéniable, la présence de bâtonnets et de filaments de leptothrix, parsemés d'agglomérations de la substance jaunâtre dont nous avons déjà parlé.

M. le professeur Klebs, avec sa bienveillance habituelle, a examiné mes préparations et y a confirmé la présence de filaments de leptothrix.

Après avoir, de cette manière, acquis la certitude que les contenus des cryptes étaient parsemés de fils de leptothrix, nous arrivâmes à la conviction qu'il y avait une relation entre les couches blanches et les nodosités des amygdales d'une part et les éléments sensibles à l'action de l'iode d'autre part.

Désirant le prouver d'une manière encore plus positive, nous devons remplir deux conditions, conformément à l'état actuel de la science. — Il faut d'abord inoculer les

produits morbides aux animaux et instituer des cultures artificielles.

A cet effet :

1° J'ai inoculé à cinq lapins la sécrétion prise dans les amygdales, et j'ai placé des petites parcelles de la même substance sur la conjective et sous la peau du dos. Chez un seul animal la matière inoculée fut absorbée par la conjonctive, mais ceci ne donna aucun résultat positif ; les vaccinations faites sous la peau provoquèrent quelques abcès de nature caséeuse, mais rien de plus. Je me propose donc de recommencer ces expériences sur une plus large échelle dès que j'aurai assez de substance à inoculer.

2° Pour définir la nature des bâtonnets et des fils, il nous faut résumer les idées courantes sur le leptothrix buccalis.

Plusieurs observateurs ont rangé ces produits parmi les algues, d'autres, au nombres des schizomycètes, ce qui prouve, qu'on y a retrouvé les éléments analogues à ces deux groupes. La différence est cependant très visible suivant la présence où l'absence de la chlorophylle, bien qu'il y ait parmi les phanérogames beaucoup d'autres plantes dépourvues de cette matière colorante, et Cohn réunit les schizomycètes et les algues dans la même famille morphologique.

En réalité, déjà Leuwenhoeck (XVII[e] siècle) émit l'idée que la majeure partie de la substance blanchâtre adhérant aux dents se composait d'une couche de bâtonnets de différentes longueurs et s'enchevètrant d'une façon irrégulière.

Bühlman (de Berne) confirma cette appréciation en 1840; mais ce n'est qu'en 1847 que Robin donna un tableau complet morphologique et systématique du leptothrix buccalis, les auteurs précédents ayant fréquemment confondu ce néoplasme avec toutes sortes de tissus filiformes.

Hallier augmenta cette confusion en appliquant à différents tissus filamenteux (schizomycètes et champignons la définition que Klebs avait si justement réservée pour une seule classe d'organismes végétaux.

(1) Klebs. In Eulenburg's Real-Encyclop. F. VIII p. 260.

D'après Klebs (1) l'algue, « leptothrix buccalis » présente à son développement complet la forme décrite par Robin, c'est-à-dire un arrangement filiforme à éléments juxtaposés, contenant des granules d'amidon où des bâtonnets prolongés, et entouré d'une couche assez épaisse d'une substance granuleuse.

Ce n'est que plus tard que l'on voit apparaître des écheveaux de fils contenant également de l'amidon. — On ne saurait cependant affirmer si ce dernier tire son origine de la matière germinatrice, où s'il se développe dans les filaments.

Zopf (1) émet un avis tout à fait opposé, dont j'extrais la définition suivante des tissus en question : « Le leptothrix buccalis champignon de la carie dentaire, habite la cavité buccale de l'homme où il végète dans la muqueuse, dans l'émail, et dans le tartre des dents. Ce parasite occasionne la carie dentaire, et on le retrouve même dans le tartre des dents de momies, où sa présence est facile à constater après la dissolution de la chaux par l'action des acides. (W. Miller) Ces filaments forment des bâtonnets plus ou moins longs, ainsi que des micrococcus; quelque fois toutes ces formes sont visibles le long du même fil, (ce qui prouve, que ce ne sont que des différentes phases de développement.) Ces micrococcus se dédoublent continuellement, et de cette manière ils forment des zooglœas disposés en agglomérations irrégulières. — Quelque fois d'autres fils émergent de ces agglomérations qui acquièrent alors la forme de touffes étoilées. »

Or, tandis que *Zopf* va jusqu'à faire l'historique du développement du leptothrix, *Flügge* prétend, dans son dernier ouvrage que le leptothrix ne saurait être considéré comme genre spécial, et aura probablement bientôt disparu de la nomenclature scientifique. Il constitue, selon toute vraisemblance une modification embryologique de certains bacillus, et Flügge conseille d'employer le nom de leptothrix pour toutes espèces de bacillus filiformes.

Le même auteur, décrit cette espèce comme des fils

(1) Die Spaltpilze 1883.

longs, minces, d'une épaisseur de 0, 07 millimètres paraissant dépourvus d'articulations, incolores, se réunissant en touffes ou en masses feutrées mélangées à toutes espèces de micrococcus et des champignons, et que l'on rencontre dans le revêtement tartreux des dents.

En outre, le même auteur prétend que le seul caractère distinctif du leptothrix serait la présence de fils qui se trouvent dans les couches épaisses des micrococcus, et leur coloration violette au contact de l'iode et des acides; coloration. dont s'impreignent non les tuniques extérieures, mais le contenu des fils en question. Il va jusqu'à prétendre, que les septa des fils restent incolores, et n'en sont que plus visibles. (1)

L'influence du Leptothrix sur l'organisme humain, d'abord étudié par Leber et Rottenstein, et plus tard par W. Miller consiste non-seulement dans son action nuisible sur les dents et leur parties calcaires, mais encore, dans sa faculté à produire des incrustations. C'est ainsi que Klebs a signalé des dépôts de ce parasiste non-seulement dans le tartre dentaire, mais encore dans les concrétions des amygdales, dans les calculs salivaires, et vésicaux.

D'après le même auteur, il est incontestable que le rapport existant entre le leptothrix et les carbonates de chaux qui constituent les calculs buccaux se rapproche de la condition dans laquelle les algues dites « calcaires » se trouvent dans les différentes couches géologiques de notre globe. Il faudrait donc, compter les leptothrix parmi les algues qui dissolvent ou qui déposent de la chaux, suivant les différentes périodes de leur développement. D'autre part, Leyden et Jaffe (2) ont signalé la présence de ce parasite dans certaines formes de la gangrène des poumons, et dans les conduits lacrymaux.

Leber (3) a essayé d'inoculer le leptothrix buccalis sur la cornée, et prétend avoir obtenu de cette manière une

(1) Flügge, Fermente und Micro-Parasiten, Handb. der Hygiène.

(2) Ueber putride sputa. Deutsch. Arch. für Kl. med. 1867

(3) Leber. Berlin. Klin. Wochens. 1882, N° 11.

inflammation purulente assez grave, accompagnée de la production de fils très délicats, longs, articulés, et de véritables chaînettes de bâtonnets présentant la réaction caractéristique iodée.

Toutes ces controverses prouvent suffisamment, combien il est difficile de définir d'une façon bien exacte les éléments du mycosis pharyngis. Aussi, n'est-ce qu'avec un certain doute, que nous mentionnons la découverte du « Bacillus fasciculatus » par E. Fraenkel, d'autant plus, que cet observateur n'a employé ni la teinture d'iode, ni des essais de culture pour fixer son diagnostic. D'après mes observations personnelles, je crois pouvoir affirmer, qu'il est possible de constater (à l'aide de l'iode). que la segmentation n'est qu'artificielle et qu'après un emploi prolongé de la solution de Lugol on peut constater la coloration violacée des particules récemment enlevées des amygdales. Il est même possible de trouver que la réaction est encore plus prononcée sur des foyers tout-à-fait récents.

Toutes ces questions ne sauraient être résolues, que par des essais de culture, prolongés et menés à bout par des mains expérimentées.

Pour terminer, Messieurs, quelques mots du traitement.

Ici on se demandera, sans doute, si réellement et en présence de tout ce que nous avons dit des symptômes, un traitement spécial sera autorisé.

Malheureusement, l'état des malades, et leur désir de se débarrasser des plaques blanchâtres dans la gorge, forcent souvent le médecin à agir d'une façon très énergique. L'emploi des caustiques n'est pas toujours désirable, ces remèdes eux-mêmes occasionnant souvent des tâches similaires. et je me suis toujours bien trouvé en employant soit le galvano-cautère, soit des pinces à curettes affilées, que j'ai fait construire pour cet usage. — Ce traitement, cependant, demande souvent des séances réitérées impatientant le malade et l'opérateur, au point de lui faire employer le crochet et le couteau.

Les résidus peuvent être détruits à l'aide du galvanocautère.

Cette façon de procéder m'a réussi auprès de cinq de

mes malades. Le sixième a récidivé, et je me console de mon peu de succès, en songeant, qu'il me servira de matière à inoculer.

LÉGENDE DES GRAVURES

Fig. 1. — Fils de leptothrix teints en violet, rangés par touffes, et masses de zoogleas dans une parcelle d'épithélium. (Hartnack Oc. 3. S. 9).
(a) Leptothrix.
(b) Zooglœas,
Fig. 2 — (a) Foyers mycotiques d'une tonsille.
(b) Couche épithéliale.
(c) Zooglœas (Hartnack Oc. 3. S. 4.)
Fig. 3 — (a) Foyers coniques dans une crypte de tonsille.
(b) Zooglœas à granules très fins.
(c) Couche épithéliale.
(d) Substance fondamentale (Stroma).
Fig. 4. — Fragments d'une parcelle, provenant d'une crypte. (Oc. 3. S. 9.)
(a) Epithélium cornifié.
(b) Fils de leptothrix.
(c) Masse de zooglœas.

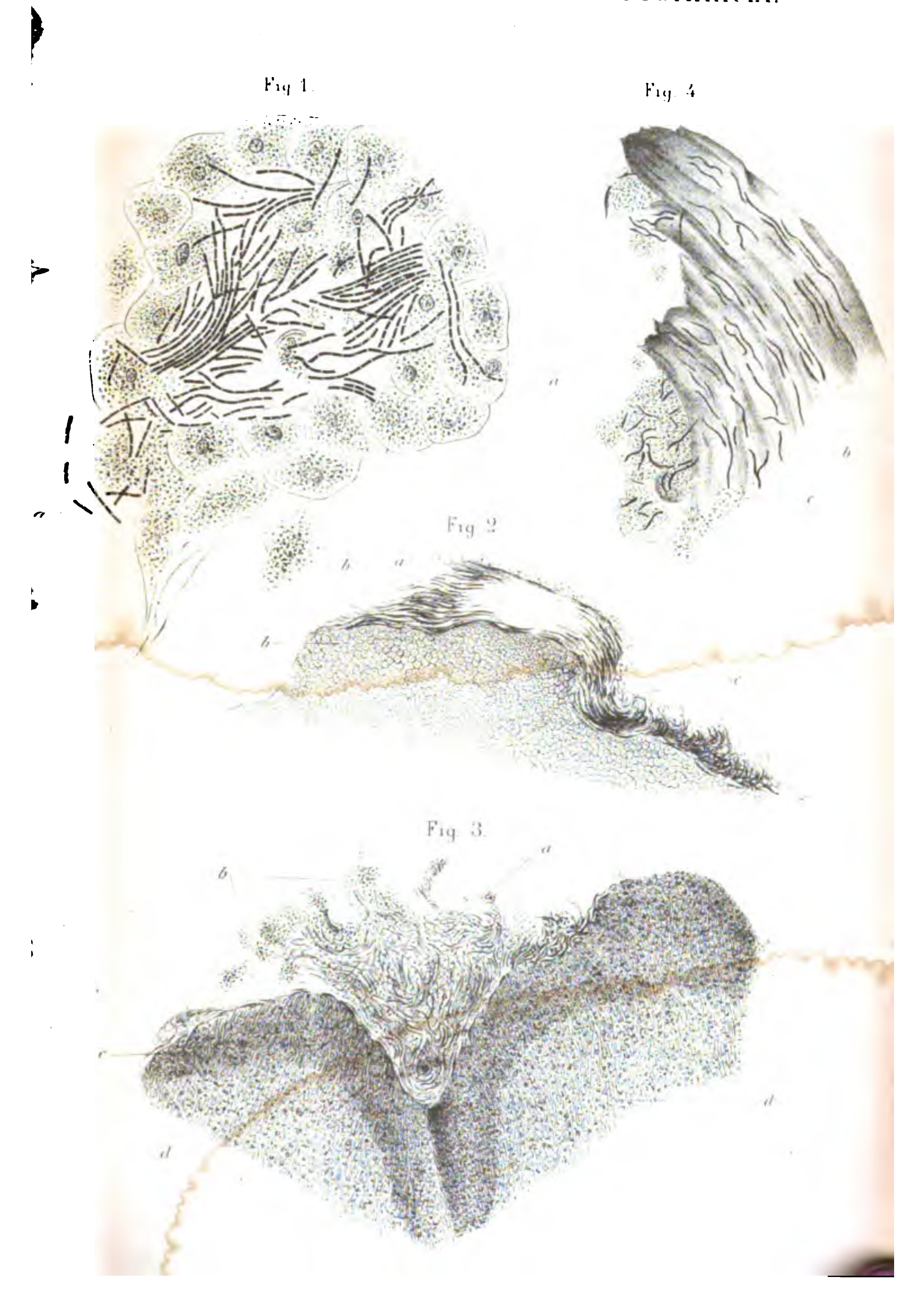
REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

De l'influence des maladies du nez et de la gorge sur la production des maladies de l'oreille moyenne par le Dr Juan Ramon Pujol. *(Thèses de Paris 1884).*

Dans toute affection de l'oreille moyenne nous répète bien souvent notre maître M. le Dr Moure, examinez le pharynx et dans la plupart des cas vous y trouverez l'explication des lésions de l'oreille. C'est à la démonstration de cette vérité bien connue des otologistes que M. le docteur Ramon à consacré sa thèse. Dans une première partie de son travail l'auteur fait l'anatomie de la cavité naso-pharyngienne et de la trompe, et passe en revue les principaux moyens d'exploration qui permettent au praticien de se rendre compte de l'état de ces parties. L'auteur décrit ensuite les sypmptômes du catarrhe aigu et chronique de la caisse et passe à l'étude des maladies du pharynx et du nez qui peuvent déterminer des troubles de l'audition.

Les angines et le coryza aigu ou chronique, simples ou

Dr T. Hering. Mycosis pharyngis leptothricia.



développés sous l'influence des divers agents toxiques, les diverses tumeurs du nez et de la cavité naso-pharyngienne, peuvent-être le point de départ de maladies de l'oreille moyenne. La grippe, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, l'érysipèle peuvent aussi donner naissance à des inflammations de l'oreille moyenne. L'auteur enfin consacre un chapitre au corps étrangers et aux lésions qu'ils peuvent déterminer et termine son travail par l'étude des troubles de l'innervation pouvant altérer les fonctions de la trompe d'Eustache. Nous avons sommairement indiqué les sujets traités dans ce travail qui fait le plus grand honneur à son auteur, qui ne s'est pas seulement contenté d'apporter à l'appui de sa thèse les opinions et les observations des maîtres, mais encore de nombreuses observations personnelles.

J. Charazac.

Sarcome fasciculé du pavillon de l'oreille, par le Dr J. Toison, chef des Travaux d'histologie à la Faculté de Lille.

La femme C..., 50 ans, sentit pour la première fois, en 1880, un bouton se développer à l'oreille gauche; il s'est accru lentement et sans douleur. Elle entre à l'hôpital en août 1883. L'oreille gauche présente, au niveau de la partie moyenne de l'helix, une tumeur légèrement pigmentée en brun clair, tumeur granuleuse; la peau épaissie et gonflée est peu mobile; quelques petits vaisseaux viennent marbrer la surface granuleuse de la tumeur. Rien aux ganglions.

Ablation le 29 octobre, pansement de Lister, cicatrisation complète le 8 novembre. L'examen histologique de la tumeur confirme le diagnostic; ce n'est pas une tumeur épithéliale, c'est un néoplasme constitué par du tissu conjonctif jeune, un sarcome fasciculé, développé dans le tissu conjonctif dermique.

J. C.

Otite purulente, hallucinations. — Par le Dr Moreau (de Tours).

La nommée R... 46 ans, atteinte depuis fort longtemps d'otite purulente à gauche, devient à la suite d'une violente frayeur sombre et mélancolique. Cet état d'apathie se transforme bientôt après en une assez vive excitation maniaque qui

nécessite son entrée à la Salpêtrière dans le service du docteur Moreau (de Tours).

A son arrivée elle se plaint d'entendre des voix qui l'injurient. Ces hallucinations présentent ce caractère particulier que dans l'oreille droite elle entend des voix de femmes; dans l'oreille gauche des voix d'hommes (côté malade). Des deux côtés toutefois la voix à un caractère injurieux. En dehors des hallucinations, lorsque les voix la laissaient tranquille elle entendait mais seulement du côté malade, des ronflements, des bruits de tonnerre, des sifflements. Rien de semblable du côté sain. L'otite, dit l'auteur, ne s'améliore pas malgré un traitement assidu (*Paris médical*, 22 mars 1884).

J. C.

La lecture sur les lèvres comme palliatif de la surdité, par M. Marius Dupont, professeur à l'Institut national des sourds-muets.

Dans un fort remarquable et fort intéressant article publié par la *Tribune médicale*, M. M. Dupont étudie les moyens de suppléer à l'ouïe par la vue chez le sourd. Degerando, en 1827, et plus récemment, M. le docteur Schmaltz (1841), professeur à l'institution des sourds-muets de Dresde, avaient préconisé la lecture sur les lèvres comme palliatif de la surdité. Depuis, quelques praticiens ont cherché à mettre en pratique les idées de Schmaltz ; et M. Dupont cite le cas du malade de M. Miot qui, atteint d'une surdité incurable avait appris seul, à force de patience, à lire la parole sur les lèvres d'un certain nombre de personnes. Mais l'observation la plus remarquable est celle de Mlle M. de P., femme fort intelligente et fort instruite, qui, atteinte d'une surdité reconnue incurable par Gruber, Miot, Ladreit de Lacharrière, Garrigou-Désarène et Tillaux, apprit, sous la direction de M. Dupont et en l'espace de deux mois, à lire sur les lèvres, non-seulement le français, sa langue maternelle, mais encore l'allemand et l'italien, langues qu'elle possédait, il faut le dire, parfaitement bien avant sa surdité. Nous regrettons de ne pouvoir donner de cet article qu'une analyse succincte, nous ne pouvons que conseiller au lecteur la lecture complète dans la *Tribune médicale* du 22 juin 1884.

J. Charazac.

De la glossite expoliatrice marginée;

Par le Dr G. Lemonier (Thèse, Paris 1883 — A. Delahaye et Lecronnier, édit.).

Après un historique complet de la question dans lequel l'auteur rappelle les travaux de Rayer, Meller, Betz, Bergeron, Gubler, Bidou, Alibert, Gautier, Parrot, Vanlair, Caspary, Unna et quelques autres qui ont fait de simples allusions à cette affection; M. Lemonier se ralliant à l'idée du Dr Fournier pense qu'il est préférable de désigner cette forme particulière de glossite par un nom spécial, au lieu de la laisser englobée sous la dénomination générale et un peu vague de psoriasis lingual. — L'anatomie pathologique de la lésion démontre qu'il s'agit d'une lésion superficielle, intéressant principalement l'épiderme, probalement la partie la plus superficielle du derme, mais dans laquelle le parasitisme n'entre pour rien.

L'auteur arrive ensuite à la question difficile de l'étiologie et discute l'origine syphilitique de la maladie sans attribuer à cette diathèse, comme l'ont fait certains auteurs, une influence plus active qu'à toute autre cause (abus de tabac, alcoolisme, accidents nerveux, herpès, eczéma, athérome, règles, attréiona, troubles des voies digestives).

Vient ensuite la description des symptômes de la maladie qui est caractérisée 1° par un liseré blanchâtre périphérique très net, n'affectant aucune forme régulière et formant la limite, d'un côté de la muqueuse saine, de l'autre de la muqueuse dont les papilles sont dépourvues d'épithélium et comme érigées plustôt qu'hypertrophiées. Bien que n'ayant aucune forme bien déterminées, les parties desquamées sont généralement disposées en arc de cercle, dont la convexité est tournée vers la ligne médiane et la partie postérieure de la langue, d'autrefois deux ou plusieurs circonférences voisines se coupent et forment ce que Bridou comparait aux festons d'une broderie. 2° Le deuxième symptôme est l'exfoliation de la partie malade, qui offre une coloration rouge et un aspect granuleux plus ou moins prononcés suivant la période de la maladie dont le 3e caractère est d'être essentiellement fugace.

Les sensibilités tactiles et gustatives ne sont pas modifiées, il n'existe aucune douleur, pas de tuméfaction ganglionnaire.

A propos du diagnostic, M. Lemonnier passe successivement en revue l'eczéma, le psoriasis, la glossite des fumeurs,

les diverses formes de glossite syphilitique, la glossite scléreuse, affections dont les symptômes et la marche suffisent amplement pour ne pas permettre de les confondre avec la maladie qu'il vient de décrire.

La glossite exfoliatrice marginée, est essentiellement bénigne mais il faut bien dire aussi qu'elle n'a jamais été influencée par les divers traitements employés pour la combattre. Un Index bibliographique complet et quelques figures schématiques et planches en chromo-lithographie, donnant les formes les plus communes de plaques desquamatives, viennent compléter ce travail des plus consciencieux et qui constitue une excellente étude sur les questions toujours si difficiles des maladies de la langue.

Extirpation partielle d'un goître très volumineux *(A partial Extirpation of a remarkably large Trachéocèle,* par le Dr Watkins.

Il s'agit d'un malade assez délicat âgé de 29 ans, chez lequel on dut pratiquer l'extirpation du lobe gauche du thyroïde qui était tellement développé qu'il gênait la circulation cérébrale et occasionnait des désordres assez graves. L'opération fut laborieuse à cause des vaisseaux nombreux qui sillonnaient la tumeur, dont on dû renoncer à extraire la totalité.

Trois mois après l'opération le reste du goître avait notablement diminué. Les symptômes cérébraux avaient disparus on craignit d'avoir coupé la carotide, mais l'absence de paralysie et les battements perçus dans les branches de cette artère, prouvèrent que ce vaisseau était intact. (*Saint-Louis méd. and surg. journ.*, Novembre 1883).

Tumeur cancéreuse de l'os hyoïde, ablation, par M. le professeur Verneuil.

Il s'agit d'un ostéo sarcôme pesant près de 500 grammes, occupant la région sus-hyoïdienne, recouvrant la face externe du maxillaire inférieur, mais laissant parfaitement intactes la respiration, la déglutition et la prononciation.

La chloroformisation fut longue et laborieuse, et l'on fut obligé de l'interrompre à plusieurs reprises. L'os hyoïde enlevé, sans ouvrir le pharynx, une canule fut placée dans la

trachée. Trois heures et demie plus tard la malade succombait sans hémorrhagie ni accès de suffocation.

A l'autopsie, noyaux cancéreux secondaires dans le poumon. M. Verneuil attribue la suffocation à des spasmes par le cœur et les poumons, spasmes ayant eu pour point de départ les noyaux cancéreux de la poitrine (*Gazette des hôpitaux*, 26 juin 1884).

J. Ch.

Epithelioma de la partie moyenne de l'œsophage dans laquelle les symptômes imputables à la perforation de la trachée par le néoplasme n'ont apparu que dans les 15 derniers jours de la vie : par le Dr Ganzinotti (de la Société de Médecine de Nancy

Ces symptômes consistaient en angoises et menace de suffocation lors de la déglutition avec quintes de toux violentes amenant le rejet de mucosités filantes mêlées aux liquides avalés. M. Ganzinotti a réuni 50 observations de perforation des premières voies aériennes par cancer de l'œsophage sur lesquelles 17 fois les symptômes de la perforation ont été nettement accusés. Il fait en outre observer que dans certains cas les symptômes se produisent sans que la perforation ait eu lieu (*Revue médicale de l'Est*, 15 mai 1884).

J. C.

La lèpre et son traitement par M. le Dr Vidal.

La lèpre dit le docteur Vidal peut atteindre les muqueuses et en particulier les muqueuses nasale et buccale. Le processus ulcératif peut amener un véritable effondrement de la charpente nasale; il s'écoule alors par les narines un pus sanieux et fétide se concrétant parfois en croutes jaunes brunâtres.

Le pharynx et le larynx peuvent aussi être atteints et devenir le siège de délabrements fort considérables. La luette le voile du palais, l'épiglotte et les cordes vocales peuvent disparaître complètement. (*France médicale*, 24 juin 1884).

J. C.

Les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage,
par M. Terrillon.

L'auteur rappelle les procédés employés pour explorer l'œsophage et les moyens de traiter les rétrécissements de ce

conduit. La dilatation 1° brusque et 2° progressive, cette dernière devant être faite de préférence avec des bougies; dans les cas plus graves l'œsophagotomie interne qui peut se compliquer d'inflammation phlegmonneuse et pour les rétrécissements de la partie supérieure l'œsophagotomie externe qui offre les mêmes dangers. Enfin en dernière ressource la gastrotomie et une fistule gastrique. (*In Progrès Med.*, 8 Mars 1884).

La lèpre et son traitement par M. le Dr VIDAL.

La lèpre, dit le docteur Vidal, peut atteindre les muqueuses et en particulier les muqueuses nasale et buccale. Le processus ulcératif peut amener un véritable effondrement de la charpente nasale ; il s'écoule alors par les narines un pus sanieux et fétide ce concrétant parfois en croutes jaunes brunâtres.

Le pharynx et le larynx peuvent aussi être atteints et devenir le siège de délabrements fort considérables. La luette le voile du palais, l'épiglotte et les cordes vocales peuvent disparaître complètement. (*France médicale*, 24 juin 1884).

J. C.

Le centre de la déglutition, ses irradiations et son importance générale : Dissertat. de S. Melzer, Berlin 1882.

1° Les pulsations du cœur sont accélérées en proportion du nombre des mouvements de déglutition; à l'accélération succède un ralentissement.

2° Pendant la déglutition, la pression artérielle tombe.

3° Le besoin de respirer ne se fait pas sentir pendant la déglutition.

4° La déglutition exerce une influence ralentissante sur les douleurs.

D'après Schletinger, il existerait dans la moelle allongée un centre présidant aux contractions utérines.

5° Pendant la déglutition l'érection du pénis diminue.

L'auteur en tire la conclusion :

1° De l'irradiation dans le système nerveux;

2° Que l'irradiation représente une qualité commune aussi bien des impulsions moteurs que des retardateurs, et que

3° Les impulsions réflexes retardateurs augmentent d'après la même loi, que les impulsions moteurs réflexes (*Monatsschrift für Ohrenheilk, etc.*, N° 6, 1883). GORIS.

NOUVEAU JOURNAL

Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal ayant pour titre : *Internationale Centrablatt fur Laryngologie, Rhinologie und Verwandte Wissenschaften.* Comme son nom l'indique, cette nouvelle feuille est destinée à condenser chaque mois dans une même publication un résumé de tous les articles, brochures ou volumes ayant trait aux maladies du larynx, du nez et des organes connexes. Désireux de remplir ce but, M. Félix Semon (de Londres), qui a pris en main la direction de cette entreprise, à laquelle nous ne pouvons qu'applaudir de toutes nos forces, a choisi dans chaque pays du monde un collaborateur spécial chargé de lui résumer tous les articles parus dans sa région.

Ces collaborateurs sont les suivants :

L. Bayer (Bruxelles), O. Chiari (Vienne), K. Dehio (Dorpat), B. Fränkel (Berlin), Th. Hering (Varsovie), G. Jonquière (Berne), E. Kurz (Florence), G. M. Lefferts (New-York), E. J. Moure (Bordeaux), Ph. Schech (Munich), E. Schmiegelow (Copenhague) et F. Semon (Londres).

La langue allemande a été choisie par l'auteur parce que le plus grand nombre de Laryngologistes sont allemands ou parlent cette langue, et qu'un journal publié sous une autre langue, anglais ou français, aurait eu bien peu de chances de pouvoir subsister longtemps. Nous ne désespérons qu'il ne vienne un jour où, comme nous le fait déjà espérer M. Semon, le nouveau *Centrablatt* pourra être édité en allemand et en anglais.

En attendant, nous ne pouvons que féliciter de nouveau M. F. Semon de son heureuse innovation et souhaiter au nouveau venu une longue existence.

On s'abonne chez Hirschwald à Berlin, et tout ce qui concerne la rédaction du journal doit être adressé à M. F. Semon, 59 Welbeck street. W. Londres.

CORRESPONDANCE

Réplique à M. Garel au sujet de la modification apportée par lui à mon laryngo-fantôme, par le Dr C. Labus.

Répondant à ma réclamation, M. Garel détourne la question au lieu de réfuter mon objection par des raisonnements et de démontrer qu'elle n'est pas juste. Cela m'oblige à prendre de nouveau la plume pour remettre les choses en place.

A qui appartient la pensée originale d'appliquer un avertisseur électrique à un laryngo-fantôme? A moi certainement, et pas à M. Garel. Tout laryngo-fantôme construit selon son principe, bien ou mal modifié par qui que ce soit, sera toujours un *laryngo-fantôme Labus* avec modification X, Y, Z.

M. Garel trouvant une simplification par trop élémentaire celle faite par moi (de réduire le larynx à un plan horizontal avec un trou de forme et

dimensions pareilles à la glotte), a eu l'idée de substituer à mon tiroir un larynx monté sur le cadavre, afin que les sensations de relief et de profondeur des diverses parties du larynx n'échappent pas à l'élève; et il me fait dire que je critique l'introduction d'un pareil larynx dans mon laryngo-fantôme. On dirait qu'il n'a pas voulu lire la note jointe à ma réclamation autrement il aurait su que trois ans avant lui j'ai eu cette idée.

En effet, en 1881, j'ai construit et fait connaître au public médical un laryngo-fantôme où non-seulement le larynx, mais aussi le pharynx et la bouche sont moulés sur le cadavre. C'est un appareil plus complet, mais plus délicat et plus coûteux. Dans la construction de mon laryngo-fantôme originaire j'ai visé à obtenir tous les effets voulus avec le maximum de simplicité; par conséquent, donner un appareil peu susceptible d'être gâté, qui puisse être arrangé par qui que ce soit et, chose importante, d'un prix très modéré. *Facile est inventis addere*, lorsqu'on perd de vue que l'utilité pratique d'un instrument diminue quand, par son prix élevé, il ne peut être acheté que par quelques individus.

Pour M. Garel, toute l'importance d'un laryngo-fantôme est de pouvoir toucher le point précis désigné d'avance et avoir le contrôle rigoureux de la rapidité de l'opération, ce que, selon lui, on obtient seulement avec son appareil; de là, sa perfection, en comparaison de tous les autres laryngo-fantômes jusqu'ici connus. Dans ma réclamation j'ai démontré assez clairement que ces effets étaient déjà parfaitement obtenus avec mon laryngo-fantôme; M. Garel, ne pouvant le contester, trouva très commode de glisser là-dessus. Je veux même ajouter que le but de l'éducation de l'élève aux manœuvres de chirurgie laryngocospique est atteint plus sûrement avec mon laryngo-fantôme tel qu'il est qu'avec la modification Garel, car, avec celle-ci, l'élève ne peut que toucher avec une sonde des points fixes dans le larynx, tandis qu'avec mon appareil originaire l'élève doit manier avec une pince, un écrasseur, un bistouri, etc., dans tous les points d'une glotte sensible et enlever un polype, faire une incision, etc., ce qui, comme le savent très bien ceux qui s'occupent sérieusement de la spécialité, est bien plus difficile et bien plus utile.

Finalement, l'enthousiasme de l'invention pousse M. Garel à dire qu'il veut même « supprimer le petit mécanisme de M. Labus, qui n'est qu'une partie très secondaire, car son appareil reste néanmoins un instrument très complet », Ce qui constitue la nouveauté de mon laryngo-fantôme et son utilité, comme tous l'ont reconnu, c'est précisément l'appareil — le petit mécanisme, la partie secondaire, comme l'appelle M. Garel — à fermeture électrique par lequel l'élève ne peut accomplir une opération quelconque dans le larynx s'il ne sait aller droit au point fixé sans toucher nulle part, car autrement l'appareil se ferme en imitant le spasme du pharynx ou du larynx, qui arrive sur le vivant. Avec la dernière invention de M. Garel où le larynx est insensible, sauf en huit points, et le pharynx de même — car il supprime mon *petit mécanisme* — l'élève, avant d'arriver au point désigné, peut tâtonner par ci par là sans même qu'il s'en aperçoive. Cela s'appelle *perfectionner*, *construire un instrument complet*, *très complet!* M. Garel n'a qu'à dire avec Horace : *video meliora proboque*, *deteriora sequor*.

Pour mon compte, et pour ne pas ennuyer davantage les lecteurs, *de hoc satis*.

CONGRÈS OTOLOGIQUE INTERNATIONAL

DE BALE

DU 1er AU 4 SEPTEMBRE 1884

Communications annoncées.

I. Anatomie normale et anatomie pathologique.

MM.

1. Prof. His (Leipzig). De l'embryologie du pavillon de l'oreille.
2. Prof. Politzer (Vienne). Contributions à l'histologie normale et pathologique de l'oreille. Présentation de pièces démonstratives.
3. Prof. Moos (Heidelberg) Le système lymphatique du tympan.
4. Prof. Moos (Heidelberg). De la carie lacunaire du manche du marteau.
5. Prof. Moos (Heidelberg). Des villosités siègeant à la paroi interne de la caisse.
6. Dr Brunner (Zurich). Démonstration de pièces histologiques concernant l'anatomie normale de l'oreille.
7. Prof. Politzer (Vienne). De l'état du limaçon dans la surdité leucocythémique avec démonstrations.
8. Dr Bézold (Munich). Démonstration de pièces anatomiques de l'oreille obtenues par corrosion.
9. Prof. Kuhn (Strasbourg). Contribution à l'anatomie de l'oreille interne chez les vertébrés.
10. Prof. Burckhardt-Merian (Bâle). Démonstration de pièces du domaine de l'anatomie normale de l'oreille.

II. Physiologie, méthodes d'exploration.

11. Prof. Moos (Heidelberg). De la cause et du diagnostic des troubles de l'audition dans les cas de tumeurs cérébrales. Valeur diagnostique de l'épreuve aux diapasons.
12. Dr Gellé (Paris). De la valeur sémiologique de l'épreuve du diapason sur le vertex.
13. Prof. Cozzolino (Naples). Démonstration d'un audiomètre électro-microphonique au maximum de sa simplicité et de sa perfertion.
14. Dr Löwenberg (Paris). Sur une méthode nouvelle d'étudier la propagation du son dans l'oreille externe.
15. Prof. Burckhardt-Merian (Bâle). Résultats comparatifs des diverses méthodes d'exploration de la fonction auditive.
16. Prof. Burckhardt-Merian (Bâle). Démonstration d'un nouveau cornet acoustique.

III. Pathologie et Thérapeutique.

17. Dr Grazzi (Florence), Contribution à l'étude du parasitisme auriculaire, avec démonstration de préparations microscopiques.

18. Dr Siebenmann (Klosters). Démonstration de préparations sur les champignons parasites de l'oreille externe.
19. Dr Menière (Paris). Cancroide de la partie moyenne du conduit auditif externe. Repullulation rapide. Guérison.
20. Dr Ménière (Paris). Des rétrécissements du conduit auditif externe; leur influence sur l'audition.
21. Dr Bobone (San Remo). Sur les maladies des oreilles produites par les bains de mer.
22. Prof. Cozzolino (Naples). Classification anatomique des surdités étudiées au point de vue de leur pathogénèse.
23 Dr Noquet (Lille). Phénomènes réflexes provoqués par une otite moyenne purulente chronique.
24. Dr Guye (Amsterdam). Des causes des affections de l'oreille dans la rougeole et la scarlatine.
25. Prof. Politzer (Vienne). Traitement opératoire de la surdité provenant d'anciennes otites moyennes purulentes.
26. Dr Boucheron (Paris). Sur la surdi-mutité par otopiésis.
27. Dr Sapolini, (Milan). Sur une cause d'hyperacosie et Dysècée temporaire ou permanente. Cophose. Méthode curative.
28. Prof. Longhi (Milan). Du sulfo-phénate de zinc dans les otites purulentes.
29. Dr Moresco (Cadix). Présentation d'un injecteur de liquides pour la caisse.
30. Dr Bendelack-Hewetson (Leeds). De l'emploi de la glycérine phéniquée (codex britannique) en injections dans le conduit auditif externe pour couper les otalgies et les inflammations de la caisse.
31. Dr Bendelack-Hewetson (Leeds). Observations sur les résultats thérapeutiques obtenus au moyens de solutions concentrées de carbonate de soude appliquées sous forme de douche nasale quotidienne dans les affections catarrhales de l'oreille moyenne. Présentation de l'appareil employé à cet usage.
32. Dr Kirchner (Würzbourg). Des affections de l'oreille chez les diabétiques.
33. Prof Longhi (Milan). Deux cas d'affection chronique du labyrinthe à la suite d'un ictère et d'irrigations froides dans le conduit auditif.
34. Dr Hartmann (Berlin). Des dispositions anatomiques à considérer dans la trépanation de l'apophyse mastoïde.
35. Dr Morpurgo (Trieste). Les opérations pratiquées sur l'apophyse mastoïde doivent-elles être hâtives ou tardives?
36. Dr Novaro (Turin). Communication sur la trépanation de l'apophyse mastoïde.
37. Prof. Cozzolino (Naples). Contribution à l'application de la galvanocaustique dans les affections de l'oreille.
38. Dr Lowenberg (Paris). De la nature et du traitement de l'ozène.
39. Dr Thomas Barr (Glasgow). Des végétations adénoides de la cavité nasopharyngienne.

Toutes les communications concernant le congrès doivent être adressées à M. le Docteur Burckhardt-Merian, à Bâle.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A Bellier et Cie, 16, rue Cabirol.

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

5e Année. N° 9. 1er Septembre 1884.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Congrès international des sciences médicales
DE COPENHAGUE (8e Session)

Au moment où le huitième Congrès international vient de se terminer, nous aurions mauvaise grâce si nous ne consacrions quelques lignes aux magnifiques fêtes et réceptions auxquelles nous venons d'assister.

Dès le samedi 9 août, MM. les Membres du Comité du Congrès, réunis dans la salle des concerts de Tivoli, venaient accueillir les Membres, déjà nombreux, arrivés à Copenhague. Le dimanche à une heure avait lieu, au palais de l'Industrie, (Versterbrogade I) la séance d'ouverture inaugurée sous la présidence de M. le Dr Panum, et en présence do S. M. le roi de Danemark et de S. M. le roi des Hellènes.

Le lundi à dix heures, chaque Membre se rendait dans la section à laquelle il appartenait et assistait aux séances

scientifiques sur lesquelles nous aurons à revenir un peu plus tard.

Bornons-nous seulement à dire que la Laryngologie formait cette fois non plus une sous-section, comme lors du dernier Congrès international de Londres, mais une véritable section distincte, ayant son président, ses vice-présidents et secrétaires.

Le mardi, à la fin de la séance, un navire tout enguirlandé et pavoisé menait à Skodsborg les Membres des sections de Laryngologie et d'Otologie, où un splendide dîner, dressé par les soins du Comité, attendait des hôtes bien disposés et mis en appétit par le grand air d'une mer tranquille. Dire que le dîner, magnifiquement servi, était égayé par la présence de nombreuses dames, venues avec leurs époux, leurs pères ou leurs proches parents des quatre coins du globe, dire que les vins de Bordeaux et le Champagne coulaient à flots, comme d'une source inépuisable, n'est-ce pas donner la note de ces agapes confraternelles dont nous conserverons longtemps le souvenir? Nous ne pouvions rappeler les toast nombreux qui se sont succédés, mais nous devons remercier ici publiquement notre sympathique président M. Meyer de son accueil particulièrement cordial et des paroles de bienvenue qu'il a adressées à tous les Membres de nos sections réunies.

Le mercredi, jour de repos, le Comité du Congrès avait organisé une excursion à Elseneur et Kronborg, à laquelle étaient invités tous les Membres du Congrès avec leurs dames. Plus de 1,800 personnes assistaient à cette fête somptueuse, et cinq vapeurs enguirlandés emportaient les voyageurs vers ces parages dont Shakespeare a vanté les splendeurs, et du bord desquels on aperçoit les côtes de la Suède. Plusieurs trains spéciaux ramenaient le soir à Copenhague les visiteurs véritablement enthousiasmés de cette excursion on ne peut plus charmante et pittoresque.

Le jeudi soir, la ville offrait un magnifique banquet de 1,300 couverts, installé dans une salle construite à cet effet sur le bord de la mer. Après des toasts aussi nombreux que chaleureux de MM. Pasteur, Trélat et Virchow, etc. etc., quatre vapeurs emportaient à toute vitesse, à

travers un canal, les joyeux convives à Tivoli. Il est difficile de décrire l'aspect de ce magnifique jardin dont les arbres, les pelouses et les constructions si variées et si pittoresques étaient illuminées.

Le vendredi, réception chez S. M. le roi de Danemark, et enfin le samedi fête d'adieux à l'Etablissement national (Vesterbrogade 2); bal des plus brillants, où l'on serrait encore une fois la main de connaissances de la veille, qui déjà étaient de vieux amis.

L'énumération succincte des fêtes qui viennent de se succèder en un laps de temps aussi court, l'accueil cordial que nous avons reçu en Danemark, nous fait regretter encore davantage l'absence de bien des médecins français que le devoir et la crainte d'une apparition cholérique avaient pour la plupart retenus dans leurs foyers. Notre regret était d'autant plus vif que la France et les Français ont été, dans tout le Danemark, l'objet de sympathies les plus vives. Les hôtels de la ville étant absolument bondés à cause de l'affluence des praticiens de tous les pays, de leur famille et des populations venues d'assez loin pour assister aux fêtes du Congrès, les notabilités de la ville ont offert aux médecins étrangers une hospitalité vraiment princière et absolument désintéressée. Le praticien trouvait non-seulement un logis, un personnel domestique à ses ordres, mais les maîtres de la maison s'effaçaient eux-mêmes pour laisser à leurs hôtes une liberté absolue. Nous pourrions nous étendre encore sur les splendeurs de l'hospitalité Danoise, sur l'enthousiasme avec lequel nous étions reçus et acclamés par toute la population, et nous n'aurions donné encore qu'une faible idée de la féérie à laquelle nous avons assisté durant ces quelques jours.

Le dimanche, après avoir décidé que le neuvième Congrès international se tiendrait à Washington (Amérique), les Membres du Congrès se séparaient, quoique bien à regret, les uns pour se dire au revoir, les autres pour aller en Suède et en Norwège (Stockolhm, Christiania et au-delà) contempler les admirables sites, les fjords et les montagnes couvertes de sapins, qui donnent à ces pays un aspect à la fois saisissant et grandiose.

Et aujourd'hui que la plupart sont rentrés dans leurs

foyers et ont répris leurs travaux, chacun de nous a l'esprit satisfait en songeant qu'il laisse là-bas bien loin non plus des étrangers, non plus de simples confrères, mais de véritables amis.

L'on comprendra que nous ne puissions nous étendre ici sur les questions scientifiques agitées durant les réunions de chacune des sections qui nous intéressent tout particulièrement; car nous nous proposons de donner, un peu plus tard, un compte-rendu *détaillé* des différents travaux qui ont fait l'objet de discussions la plupart fort intéressantes. Qu'il nous soit seulement permis, en terminant, de remercier sincèrement nos hôtes Danois de leur admirable hospitalité et de féliciter les membres de notre bureau MM. Meyer président, Schmiegelow, Lange, Mingind et Bremer secrétaires pour la manière remarquable dont ils ont accompli la lourde tâche qu'ils s'étaient imposés.

TRAVAUX ORIGINAUX

Accumulateurs et Galvanocaustie;

par le Dr L. Bayer (de Bruxelles). (1)

Messieurs,

Les premières expériences que j'ai faites avec les accumulateurs ou piles secondaires, notamment avec l'accumulateur Faure, pour m'en servir en galvanocaustie, datent de 1882.

Ma première communication, à ce sujet, se trouve dans la *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, du docteur E. J. Moure. du 1er mars 1883.

En continuant mes expériences je publiai plus tard, à la demande de M. Voltolini, professeur à l'Université de Breslau, un plus long article sur les piles secondaires dans la *Monatsschrift für Ohrenheilkunde, sowie für Kehlkopf,*

(1) Communication faite au Congrès de Copenhague, section de Laryngologie, séance du 15 août 1884.

Nasen u. Rachenkrankheiten, n° 10, 1883, où je promis de revenir encore sur cette question, lorsque je pourrais apporter un résultat définitif et satisfaisant pour la galvanocaustie.

Aujourd'hui, Messieurs, je puis vous soumettre comme résultat obtenu une batterie composée de piles secondaires, qui obtiendra, je l'espère, votre approbation.

Avant d'arriver au détail, je dois dire quelques mots des accumulateurs en général, ne fut-ce que pour compléter ma communication faite dans la *Manasschrift l. c.*

J'y avais mentionné encore d'autres types d'accumulateurs, que ceux de Planté et de Faure, celui de Hugo Müller, de Kohlscheid, par exemple. M. Müller a eu l'extrême obligeance de mettre à ma disposition plusieurs de ses plaques, que j'avais fait monter en accumulateurs. Malheureusement je n'obtins aucun résultat en essayant de les former et de les charger avec des piles, pas plus que la Compagnie d'électricité ne réussit avec la machine électrodynamique.

Un nouveau système d'accumulateurs est dû à M. Lonsin. Son appareil se compose d'une plaque de plomb, qui se peroxyde comme dans l'appareil Planté, et d'une plaque de zinc amalgamé. Le liquide est du sulfate de potasse ou de soude. Sous l'influence du courant de charge et par la décomposition de l'eau, il se forme du sulfate de zinc, du potassium amalgamé et la plaque de plomb se couvre de peroxyde. Il en résulte à la décharge une force électro-motrice, qui, théoriquement, devrait être de plus de 3 volts et qui, en réalité, ne descend jamais au-dessous de 2/5 volts, chiffre presque double de celui que donnent les accumulateurs ordinaires. Pratiquement, il y a aussi un avantage sérieux dans l'emploi du sulfate de potasse, au lieu d'acide pur; les vases sont moins attaqués et l'on est dispensé de recourir à l'ébonite ou autres substances coûteuses.

M. E. Reynier, dont nous avons déjà rapporté les recherches physiques sur l'accumulateur Faure, est arrivé aux conclusions suivantes sur les variations de la force électro-motrice dans les accumulateurs :

1° Dans les trois systèmes d'accumulateurs étudiés, la

force électro-motrice secondaire est notablement plus élevée durant la charge que pendant la décharge. Le rapport de la plus petite de ces valeurs à la plus grande, pourrait être appelé coefficient de baisse; c'est un facteur de perte qui affecte le rendement des accumulateurs;

2° La surélévation fugitive de la force électro-motrice augmente : 1° avec l'intensité du courant de charge (G. Planté); 2° avec la force électro-motrice de la source;

3° Dans l'accumulateur Planté, la force électro-motrice est au moins 1 volt 95, pendant la charge et au plus 1 volt 85 pendant la décharge. Le coefficient de baisse est donc 0,95, dans les conditions les plus favorables;

4° Dans l'accumulateur au cuivre, la force électro-motrice est au moins 1 volt 43, pendant la charge et au plus 1 volt 25, pendant la décharge. Le coefficient de baisse est donc de 0,87 dans les conditions les plus favorables. L'accumulateur au cuivre est celui qui perd le plus;

5° Dans l'accumulateur au zinc amalgamé, la force électro motrice est au moins 2 volts 4, pendant la charge et au plus 2 volts 36, pendant la décharge. Le coefficient de baisse est de 0,983, dans les conditions les plus favorables. L'accumulateur au zinc amalgamé est celui qui perd le moins;

6° Dans la pratique, les pertes à subir par les variations de la force électro-motrice, seront presque toujours supérieures à celles qu'ont vient d'indiquer, parce qu'on emploie généralement des régimes de charge et de décharge plus rapides que ceux qui correspondent aux expériences, dont les résultats sont résumés ici.

Les deux chimistes anglais, MM. Gladstone et Iribe, viennent de publier une étude intéressante sur les réactions qui s'opèrent dans les batteries secondaires, type Planté et type Faure. Suivant eux, ces réactions sont plus compliquées qu'on ne l'avait supposé d'abord. Ils appellent notamment l'attention sur l'*action locale* de la plaque de plomb recouverte d'une couche de peroxide de même métal pulvérulent. Ils ont trouvé que le couple plomb-peroxyde décompose l'acide sulfurique avec production de sulfate de plomb. Cette action locale est nui-

sible, elle absorbe une grande quantité de force, et, chose regrettable, c'est pendant les longues périodes de repos recommandées par M. Planté, qu'elle a spécialement lieu.

Pour l'élément Faure, ces Messieurs ont constaté que la présence du minium créait la complication suivante : le minium a pour formule $Pb^3 O^4$. Supposons deux équivalents d'eau décomposée, à l'un des pôles le minium sera transformé en oxyde-pur $Pb^3 O^6$ par les deux équivalents d'oxygène. Mais à l'autre, les deux équivalents d'hydrogène ne peuvent réduire le minium, ni à l'état de protoxyde, ni encore moins à l'état de plomb métallique. Il s'ensuit qu'un équivalent d'hydrogène est seul employé à la réduction, tandis que l'autre se dégage ou, tout au moins, polarise l'électrode. Au premier abord, il semble qu'on puisse remédier à cet inconvénient, en diminuant la quantité de minium à réduire au pôle positif.

Mais cette combinaison, favorable pour la charge, est désavantageuse pour la décharge, qui est, en somme, l'opération la plus importante au point de vue pratique.

Je citerai encore quelques autres accumulateurs qui, en somme, ne diffèrent de l'accumulateur Faure que par leur construction.

Les accumulateurs Faure-Sellon, Volkmar, consistent en une sorte de grille ou réseau de plomb, entre les mailles duquel on introduit une pâte de minium et de litharge.

L'accumulateur Kornblûh est une variante du dernier, seulement il est d'une dimension un peu plus petite.

L'accumulateur Barrier-Pourville est formé de cylindres de plomb taraudés, emboîtés les uns dans les autres et dans les rainures desquels est comprimé un mélange de minium et de litharge, additionné d'un sirop, pour leur donner la consistance d'une pâte.

On reproche à tous ces appareils de s'user assez rapidement, de sorte qu'on revient plutôt aux idées de M. Planté; on croit que le minium, au fond, est plus nuisible qu'utile.

Quoiqu'il en soit, je me suis toujours servi de l'accu-

mulateur Faure, auquel la Compagnie Belge et Hollandaise d'électricité a apporté quelques améliorations.

J'ai obtenu le même résultat avec l'accumulateur de M. Piéper, de Liège, qui n'est, non plus, qu'un perfectionnement de l'accumulateur Faure. — Mais, comme je l'avais déjà annoncé dans mon article de la *Monatsschrift l. c.*, en expliquant mon raisonnement théorique, j'ai fait faire, au lieu d'un seul accumulateur (celui de 30 kilogr. par exemple) avec lequel j'avais opéré auparavant, plusieurs petits accumulateurs, réunis dans une boîte, de sorte qu'on peut, au moyen d'un commutateur, en un tour de main, les réunir en quantité ou en tension, juste le nombre qu'on désire employer pour le cas spécial. C'est ainsi que la Compagnie B. et H. d'électricité fabrique trois différents types pour l'usage médical.

1° Accumulateur d'un seul élément, d'un poid de 5 kilogr., représentant une force électro-motrice de 2 volts;

2° Accumulateurs de deux éléments, d'un poids de 2 + 5 kilogr. et d'une force électro-motrice (réunion en tension) de 4 volts;

3° Accumulateur de quatre éléments. d'un poids de 4 à 5 kilogr. et d'une force électro-motrice (réunion en tension) de 8 volts. Cet appareil suffit pour les plus grandes opérations chirurgicales et fait fonctionner de petites lampes à incandescence de 4 à 6 bougies.

La force électro-motrice, à la réunion des éléments en quantité, reste naturellement toujours de 2 volts. Ainsi réunis, on les charge au moyen d'une machine électrodynamique ou au moyen de piles, par exemple, 2 Bunsen, 3 à 4 Daniel, ou 3 à 4 Chaperon et Lalande; ces dernières se recommandent, surtout, pour l'entretien des accumulateurs.

J'ai déjà longuement expliqué, dans mes communications antérieures, comment il faut s'y prendre.

En me résumant, j'arrive aux conclusions suivantes.

Les accumulateurs ou piles secondaires sont :

1° Destinés à faciliter l'introduction de la galvanocaustie dans la pratique, mieux que n'importe quel appareil de galvano-caustie;

2° Ils sont d'un entretien des plus facile, une fois

chargés et formés, ils ne réclament d'autres soins, que d'être rechargés lorsqu'ils sont épuisés, à moins qu'on ne les entretienne continuellement au moyen de piles électriques;

3° Ils sont d'un usage plus durable que tous les autres appareils de galvano-caustie;

4° Ils sont d'une constance qui permet, d'une façon absolue, de compter sur eux pour les opérations, ce qui n'est pas le cas pour beaucoup d'autres appareils de galvano-caustie;

5° Ils peuvent servir avantageusement pour la clientèle en ville; pour les usages les plus variés, courant continu, courant d'induction, etc.;

6° En même temps, on peut les employer pour l'éclairage électrique.

La démonstration des accumulateurs sera faite à la section de dermatologie et de syphilis.

L. Bayer.

CLINIQUE DU Dr E. J. MOURE

Gomme syphilitique du larynx. — Arthrite crico-aryténoïdienne gauche. — Paralysie aiguë de l'abducteur du côté droit. — Trachéotomie. — Guérison.

Par J. Charazac, chef de clinique.

Bien que les lésions syphilitiques du larynx aient été l'objet d'importants travaux, surtout dans ces dernières années, les observations de gommes du larynx sont encore peu nombreuses.

Les gommes se présentent dans cet organe tantôt sous la forme de dépôts circonscrits, d'un gris rougeâtre; tantôt sous forme d'infiltrations jaunâtres, s'étendant en surface et rappelant, en tous points, les gommes en nappes décrites par M. Fournier, sur la muqueuse du pharynx. Leur évolution est la même que dans tous les autres organes, elles tendent à la suppuration, à moins qu'elles ne soient résorbées sous l'influence du traite-

ment spécifique. Leur siège de prédilection paraît être la portion sus-glottique de l'organe et, en particulier, le repli ary-épiglottique gauche. Elles peuvent, cependant, occuper la portion sous-glottique, et nous pouvons citer une observation de M. Bouveret publiée par Symian (1) et un cas de M. Turck. Lanceraux a même rapporté un cas de syphilôme des bronches, attribué à Wagner; mais il est bien plus fréquent de les voir envahir le pharynx (2).

Sous l'influence du traitement spécifique, les gommes du larynx peuvent se résorber, tout aussi bien que les produits de même nature, qui se développent dans les autres organes. Toutefois, elles laissent presque toujours après elles une certaine induration des tissus dans lesquels elles siégeaient.

Mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, elles peuvent aussi suppurer et produire alors des délabrements considérables dans l'organe de la phonation. Comme preuve, de ce que j'avance, je n'aurai qu'à rappeler la très remarquable observation de syphilis du larynx, publiée par Isambert et Ch. Péronne (3), et dont je ne puis me dispenser de donner ici les traits principaux.

Il s'agit d'une femme de 50 ans environ, atteinte d'une laryngite qui durait depuis 4 ou 5 ans; je laisse de côté les lésions diverses relevant, elles aussi, de la syphilis et qui avaient permis, au Dr Ch. Péronne, de porter un diagnostic exact de l'affection laryngée.

Quand M. Isambert la vit pour la première fois, l'épiglotte n'existait plus, l'orifice supérieur du larynx était ulcéré, bourgeonnant, la corde vocale gauche était cachée par des bourgeons charnus ; la droite visible quand on faisait chanter la malade, était rosée, mais sans ulcération; les éminences aryténoïdes étaient ulcérées, œdémateuses; sous l'influence du traitement général et local, les bourgeons charnus s'atrophièrent et disparurent; les ulcérations se cicatrisèrent, la déglutition et la phonation devinrent suffisantes, mais les lésions syphilitiques des autres organes étaient trop avancées pour pouvoir ré-

(1) Symian, *Thèse de Paris*, 1877.

(2) Norton, *Société anatomique* de Londres.

(3) *Ann. des mal. de l'oreille*, p. 337, 1875.

trograder; la malade devint paraplégique, fut atteinte de surdité d'origine centrale, d'hémiplégie du larynx (paralysie du dilatateur droit), par lésion du centre nerveux. Prise alors de dyspnée et d'accès de suffocation, elle mourut dans le coma.

Dans cette même année 1875 (1), M. Isambert a aussi publié l'observation d'un malade atteint d'infiltrations gommeuses de l'épiglotte et du repli droit, qui vit son état s'améliorer rapidement sous l'influence du traitement.

Mandl, Krishaber et Lépine, ont donné chacun plusieurs observations de gomme du larynx et, récemment encore, M. le Dr F. Semon (2) en publiait plusieurs cas.

Dans le premier, il existait de la sténose laryngée dûe à des tumeurs syphilitiques, ayant déterminé de l'œdème des cordes voceles, et la parésie des abducteurs. La trachéotomie, toutefois, ne fut point nécessaire et le malade guérit sous l'influence du traitement syphilitique. Le second cas rapporté par M. Semon est un cas de syphilis congénitale ayant amené l'anchylose de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche. Les lésions du larynx s'accompagnaient de perforation de la cloison des fosses nasales, d'ulcération et de cicatrices des cornets et d'un osène syphilitique. Le troisième, enfin, est un cas d'ulcération syphilitique de la trachée.

Tous ces faits et l'observation que nous allons rapporter établissent nettement, l'importance d'un diagnostic exact et aussi l'heureuse influence du traitement spécifique dans les cas de cette nature.

Observation

Mme X..., âgée de 29 ans, contracta la syphilis lors de son mariage, qui eut lieu en juillet 1879. A cette époque, en effet, elle eut un chancre induré, qui fut bientôt suivi de plaques muqueuses à la vulve et à la gorge, et devenue enceinte sur ces entrefaites, elle accoucha prématurément, après sept mois et demi de gestation, d'un enfant mort et macéré. De-

(1) *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, p. 400.

(2) Semon, *The lancet* (avril, mai et juin 1882.

puis cette époque elle eut, à diverses reprises, différentes manifestations syphilitiques.

Au mois de janvier dernier elle ressentit les premières atteintes d'un mal de gorge assez léger, tout d'abord, mais qui ne tarda pas à l'inquiéter en raison de sa persistance. Le médecin ordinaire appelé, essaya, mais en vain, toute sorte de traitements et, dans les premiers jours de mai, la famille se décida a appeler en consultation M. le Dr Moure.

A ce moment, la respiration se faisait bien, mais la voix était rauque et la malade ressentait, sur le côté gauche du cou, la sensation d'une boule et une légère douleur à la déglutition.

A l'examen laryngoscopique, le larynx présentait l'aspect suivant : l'épiglotte était saine, les cordes vocales inférieures blanches et nacrées, sauf la partie postérieure de la corde gauche qui était rouge. La partie droite du larynx ne présentait aucune lésion. Mais à gauche on constata un gonflement notable de la région aryténoïdienne, surtout au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne, qui était immobile et comme ankylosée; l'aspect de la muqueuse était lisse, rouge et l'on pouvait voir, dans le repli, une saillie jaunâtre, présentant tous les caractères des gommes du larynx. Ce fut, en effet, le diagnostic porté.

Traitement, sirop de Gibert : 2 cuillerées par jour, pulvérisations phéniquées, traitement général tonique. Les pulvérisations furent mal faites et le sirop mal supporté.

Dans la nuit du 27 mai, la malade s'étant exposée au froid, sa respiration devint génée; au laryngoscope, on constate une notable augmentation de l'œdème, le repli ary-épiglottique gauche est tuméfié. La partie droite du larynx, qui avait été indemne jusque là, est atteinte. La corde vocale droite est à peu près immobile et ne s'écarte pas de la ligne médiane, la malade respire difficilement, il existe du cornage et du tirage respiratoire. On fit à ce moment entrevoir à la malade l'éventualité d'une intervention chirurgicale. Dans la nuit du 28 mai il se produit un violent accès de suffocation, puis un second le matin 29, et la trachéotomie est décidée.

Dans l'intervalle des accès la respiration est fort difficile, l'inspiration est bruyante, le cornage très marqué. Il ne se produit pas, toutefois, de nouvel accès jusqu'au moment de l'opération qui est pratiquée à 4 heures par MM. les docteurs Lande et Moure.

Les suites de la trachéotomie furent des plus simples et la malade ne présenta que les signes d'une trachéo-bronchite légère. Le 6 juin, le traitement spécifique est de nouveau repris. Le 9, examen laryngoscopique : le côté droit est à peu près normal et la corde droite s'écarte de la ligne médiane. A peine existe-t-il du gonflement sur l'articulation crico-aryténoïdienne gauche, œdème sous-glottique léger. La partie postérieure de la corde vocale gauche est encore un peu rouge, elle s'écarte elle aussi de la ligne médiane, mais on sent encore un peu de raideur articulaire. Le 11 juin, le larynx est à peu près normal; il n'existe plus qu'une congestion assez intense. Les cordes vocales s'écartent bien, mais sont mal tendues et présentent encore un aspect catarrhal léger, surtout à la partie postérieure et à gauche. La muqueuse, en outre, n'a pas repris son aspect normal, elle est molle et flasque, et présente les signes d'inflammation en voie de résolution. La voix est revenue avec son intensité et son timbre normal, la malade respire fort bien la canule étant fermée.

Le 14, on met une canule à double courant. Le traitement spécifique est supprimé.

Quelques temps après, toute trace d'inflammation avait disparu; il ne restait plus qu'un peu de raideur de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche. La canule est supprimée le 20 juin et, quelques jours après la cicatrisation de la plaie extérieure était complète. J'ai vu la malade depuis, elle est en bonne santé, toutefois et comme pour confirmer le diagnostic, elle présente au genou, au-dessous de la rotule, une gomme cutanée qui a supuré, mais qui est maintenant cicatrisée.

Dans un article sur les paralysies des dilatateurs du larynx, M. le Dr P. Koch (1) les divise en deux ordres, les unes d'origine centrale, les autres d'origine myopatiques, qu'il nomme paralysies aiguës. Ces dernières sont caractérisées par l'inspiration très bruyante, longue, s'accentuant aux grands mouvements inspiratoires et pendant le sommeil. Morell-Mackensie (2) fait observer

(1) Annales des maladies de l'oreille et du larynx (1883).

(2) Traité pratique des maladies du larynx par Morell-Mackensie (trad. Moure et Berthier, p. 623).

que ce sont surtout les paralysies respiratoires, d'origine myopathique, qui nécessitent surtout la trachéotomie.

Les paralysies d'origine myopathique, dit-il, gardent leur type caractéristique et pur, les autres muscles laryngiens restant intacts, tandis que dans les paralysies respiratoires d'origine centrale ou provenant d'une altération des récurrents, les autres muscles aussi sont peu à peu affectés, il en résulte une diminution de la dyspnée laryngienne.

Il est à remarquer que, dans l'observation précédente, ce n'est pas la lésion syphilitique primitive du larynx qui a nécessité la trachéotomie, mais une paralysie aiguë du dilatateur du côté opposé, qui est venu s'ajouter à la paralysie existant à gauche du fait de la syphilis. Les cordes vocales, alors, réunies sur la ligne médiane n'offraient à l'accès de l'air qu'un passage fort étroit d'où les phénomènes d'asphyxie : cornage, tirage respiratoire, accès de suffocation que l'on vit se produire. Cette parlysie du dilatateur droit nous paraît devoir être rangée parmi les paralysies aiguës.

Ce n'est donc pas, nous le répétons, la lésion syphilitique du larynx qui nécessita l'intervention chirurgicale; la gomme existait, en effet, ainsi que l'œdème depuis longtemps et n'avait amené aucune gène respiratoire, Mais le larynx, déjà enflammé du fait de la syphilis, présentait un terrain bien préparé aux influences extérieures, la malade s'étant imprudemment exposée au froid il en résulta une paralysie du dilatateur du côté droit. Nous devons faire observer, en outre, avec quelle rapidité cette paralysie disparut, il n'en restait plus de traces six jours après l'opération et, aussi, avec quelle facilité s'est résorbée la gomme, dès que le traitemement syphilitique a été fidèlement suivi. Si nous nous bornons à ces quelques réflexions sur un sujet si vaste, c'est que nous savons que la question doit être prochainement traitée dans une thèse de la Faculté de Paris.

J. Charazac.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

Sixième Congrès annuel tenu à New-York les 12, 13 et 14 Mai 1884.

Séance du lundi 12 Mai (Séance du matin).

La Société s'est réunie dans la salle des séances de l'Académie de médecine de New-York, sous la présidence du Dr FRANCK H. BOSWORD, de New-York. Après avoir indiqué l'ordre des travaux de la Société, le Président souhaite la bienvenue à ses collègues et décrit en peu de mots les progrès de l'Association, à la fois, et de la science laryngologique. Il ouvre la séance par la lecture d'une note sur :

La signification clinique des exsudats fibrineux de la muqueuse de la partie supérieure des voies aériennes.

Il décrit d'abord les caractères de l'inflammation catarrhale, dûe le plus souvent à l'action du froid, et caractérisée par une exagération des sécrétions normales. Bien différentes sont les affections dans lesquelles se forme un exsudat fibrineux ; chez elles en effet ce n'est pas l'hypérémie, l'hypersécrétion ou la prolifération cellulaire qui les caractérise, mais un élément étranger qui en fait des maladies constitutionnelles. La plus commune des affections de ce groupe est *l'amygdalite folliculaire*, dont la manifestation locale consiste en un exsudat fibrineux dans les cryptes des amygdales, mais dont les symptômes les plus importants consistent en un mouvement fébrile, et des troubles généraux considérables.

Il y a là, dit l'auteur, plus qu'une inflammation ordinaire causée par le froid.

Il lui semble qu'on pourrait dans ces cas admettre l'existence d'une fièvre essentielle, ne différant pas matériellement des fièvres à exanthème, la lésion locale étant la manifestation d'une maladie générale produite par un micro-organisme.

Il constitue un second groupe sous le nom de *pharyngite folliculaire*. La lésion et les symptômes sont les mêmes que plus haut. Le siège seul diffère.

Il range enfin un certain nombre de cas sous la dénomination d'*amygdalite croupale*. La possibilité chez les jeunes enfants de l'extension du croup au larynx en fait une maladie des plus dangereuses. M. le président considère le croup et la diphthérie comme deux maladies parfaitement distinctes mais dûes toutes les deux à des micro-organismes. Il termine par les considérations suivantes : Les exsudats fibrineux développés dans les cryptes amygdaliennes et sur la muqueuse pharyngienne n'ont aucune tendance à s'étendre et se limitent d'eux-mêmes ; l'inflammation croupale de la muqueuse de la gorge est une affection localisée chez l'adulte, mais on doit craindre chez l'enfant la production d'un nouveau centre d'inflammation dans le larynx ; la production de membranes diphthéritiques dans la gorge constitue une affection dangereuse et ayant une grande tendance à s'étendre et à gagner le larynx.

Le Dr BEVERLEY ROBINSON, de New-York, ne considère pas l'*amygdalite folliculaire* comme une fièvre essentielle, bien que souvent le mouvement fébrile subsiste pendant plusieurs jours. Le Dr Robinson estime qu'il est des cas fort nombreux dans lesquels l'exsudat fibrineux de la muqueuse ne suffit pas à imposer un diagnostic. Il existe en outre des cas moins nombreux en vérité dans lesquels l'affection mérite tout aussi bien le nom d'amygdalite herpétique donné par Dacosta que celui par lequel M. le président l'a désigné dans la première partie de sa note. Il n'accepte pas davantage les vues de M. le président sur le germe de la maladie, pour lui la diphthérie est une, toujours la même, et ne diffère que par le degré plus ou moins grand de gravité, qui varie avec les individus.

Le Dr W. C. JARVIS, de New-York, admet avec M. le président comme évidentes les diverses formes de pharyngite. Il a observé deux genres différents de pharyngite. Le 1er consiste en une simple inflammation des follicules sans tendance à la formation de fausses membranes. Le 2e dans lequel les follicules ne sont pas aussi généralement enflammés, mais ont une tendance à retenir les produits de sécrétion, de sorte que lorsque l'epithélium se rompt, l'exsudat s'étend à la surface de la muqueuse, qu'il revêt de façon à former une fausse membrane. Mais pour lui le micro-organisme dans les maladies de

ce genre accompagne la lésion, mais n'en est point la cause.

M. LE PRÉSIDENT n'admet pas l'opinion du Dr Robinson, à savoir que l'amygdalite folliculaire est caractérisée par la formation de masses caséeuses dans les cryptes de l'amygdale. Il désire surtout attirer l'attention sur ce fait que nous avons à notre portée des moyens d'investigation qui nous permettent d'arriver à la connaissance exacte des tendances cliniques des inflammations de la gorge, bien qu'elles aient été insuffisamment étudiées jusqu'ici. Nous connaissons parfaitement la marche de l'amygdalite folliculaire chez l'adulte, et si des fausses membranes se produisent nous savons comment elles devront se comporter, tandis que si elles apparaissent chez l'enfant nous avons toujours à redouter le développement dans le larynx d'un autre centre inflammatoire, constituant les plus grands dangers, en raison de l'obstruction qu'elles produisent. Quant à la théorie des germes, à défaut d'autres explications elle lui paraît bonne à expliquer les faits.

Le Dr KNIGHT, de Boston, attire l'attention sur ce point important en pratique, à savoir : la grande susceptibilité que présentent au point de vue de l'infection diphthéritique, les malades atteints d'une affection aiguë de la gorge de quelque espèce qu'elle soit.

M. LE PRÉSIDENT insiste surtout sur ce fait que la muqueuse atteinte d'inflammation aigue est un milieu les plus favorables à la réception du germe de la diphtherie. Si l'un de ses enfants était atteint de pharyngite catarrhale il serait beaucoup plus effrayé que s'il présentait les symptômes prodomiques de la diphthérie.

Sur la syphilis congénitale, le Dr JOHN MACKENZIE, de Baltimore, fait ensuite une communication sur la syphilis congénitale. Il s'agit d'un malade présentant une ulcération considérable du pharynx ayant amené la sténose de cet organe, avec une paralysie de la paupière supérieure, des muscles abducteurs du larynx, en même temps que la surdité d'une oreille. Il s'agissait, d'après lui, d'un cas de syphilis congénitale des nerfs craniens.

Le malade, sur ces entrefaites, ayant contracté la scarlatine, l'ulcération pharingienne disparut. L'auteur, à ce

sujet, fait remarquer que dans le cas présent, il n'y avait aucune raison d'admettre l'existence d'une ulcération scrofuleuse de la gorge; que la syphilis congénitale ne garantit nullement des autres maladies, mais que certaines maladies accompagnées d'exanthème paraissent avoir sur elles une heureuse influence; que les ulcérations syphilitiques de la gorge sont très souvent guéries par une maladie intercurrente.

M. le Président fait remarquer que la question de l'identité ou de la dualité de la scrofule et de la syphilis est tout-à-fait digne d'être discutée quelque soit le sens dans lequel la question doive être tranchée.

Le Dr Shurley, de Détroit, pense qu'il existe une relation intime entre la scrofule et la syphilis, bien qu'il considère ces deux affections comme parfaitement distinctes.

Le Dr Mackensie n'a pas prétendu qu'il n'existe aucune différence entre la scrofule et la syphilis, mais a voulu faire remarquer simplement que les ulcérations de la gorge sont l'expression d'une diathèse qui dans l'immense majorité des cas relève de la syphilis, du lupus, ou de la tuberculose, et que le plus souvent il n'existe pas de différence bien tranchée, entre les ulcérations, par lesquelles ces trois affections se manifestent à la gorge. Loin de lui de penser que scrofule et syphilis sont une même chose.

Le Dr Hartman, de Baltimore, rapporte le cas d'un enfant syphilitique, présentant des ulcérations de la gorge, et chez lequel, la rougeole qui survint n'apporta aucune amélioration, au contraire, après la rougeole les ulcérations étaient plus étendues qu'avant.

Le Dr Donaldzon, de Baltimore, cite un cas d'ulcération scrofuleuse du larynx, indépendante de la syphilis.

Le Dr Knight, de Boston, est de l'avis du Dr Mackensie, toute perte de substance de la muqueuse pharyngienne relève soit de la scrofule, soit de la syphilis et dans les cas douteux, les patients, adultes ou enfants, devront être soumis au traitement spécifique.

M. le Président a acquis cette conviction basée sur une longue pratique, que les ulcérations de la bouche, du pharynx

et du nez ne présentent aucune différence soit qu'elles relèvent de la syphilis ou de la scrofule. Dans tous les cas de ce genre, le traitement mercuriel est celui qui rend les plus éminents services.

Le Dr Mackensie a traité son malade par le mercure, l'iodure de potassium, et l'iodoforme comme traitement local.

Séance du soir. — Lundi 12 mai.

Sur les abcès retro-pharyngiens. — Le Docteur J. O. Roé, de Boston, distingue deux classes d'abcès retro-pharyngiens, les uns, provenant de l'inflammation des parties molles de la paroie postérieure du pharynx, les autres, des maladies des vertèbres. Il fait l'anatomie de la région, décrit les diverses causes de carie de la colonne vertébrale, etc. Après avoir fait le diagnostic différentiel, il passe au traitement. On doit, tout d'abord, faire une petite incision, qu'on agrandit ensuite après avoir fait incliner fortement en arrière la tête du malade, afin d'éviter l'entrée du pus dans le larynx.

La discussion qui suit roule uniquement sur le diagnostic et la façon d'ouvrir les abcès de ce genre. Le Dr Mackensie rapporte le cas d'une tumeur gommeuse qui présentait tous les caractères d'un abcès retro-pharyngien, l'incision seule permit de reconnaître la véritable nature de la tumeur.

Pont membraneux congénital des cordes vocales. — Le Dr T. A. De Blois, de Boston, rapporte un cas de membrane congénitale unissant les cordes vocales, il l'a traité en brisant la membrane par l'introduction, dans l'intérieur du larynx, du forceps laryngien fermé qu'il ouvrit ensuite de force.

Le Dr Hartman, de New-York, pense qu'il eut mieux valu employer le galvano-cautère dans un cas de ce genre.

Le Dr De Blois conclut en disant que dans ce cas ni le bistouri, ni le galvano-cautère ne pouvaient être employés en raison de la grande sensibilité des parties.

Blessure du larynx par arme à feu avec destruction des cordes vocales. — Le Dr William H. Daly de Pittsburg rapporte ensuite un cas de blessure du larynx par

arme à feu, dans lequel les cordes vocales avaient été détruites.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui, par accident, reçut un coup de pistolet, la balle entra par le côté droit du cou, traversa le larynx et alla se loger immédiatement au-dessus de l'artère sous-clavière gauche d'où elle put être enlevée. Le jeune homme recouvra une facilité d'élocution suffisante pour le commerce ordinaire de la vie, mais non pour un orateur ou un avocat. — Le Dr Daly cite ensuite plusieurs cas qui lui ont été communiqués par plusieurs de ses confrères.

Le Dr Solis Cohen, de Philadelphie, s'étonne que la littérature médicale ne renferme qu'un si petit nombre de cas de coup de feu du larynx. Lorsqu'il vit le malade du Dr Daly il eut peine à croire qu'une balle eut pu traverser le larynx sans produire de plus grands désordres et sans une plùs grande destruction du cartilage thyroïde. On conserve au muséum de médecine militaire de Washington quatre spécimens de coups de feu du larynx.

Sur un cas de paralysie unilatérale des muscles adducteurs du larynx, les abducteurs étant intacts. — C'est le sujet de la communication du Dr Solis-Cohen, de Philadelphie. La paralysie a été causée par une blessure du cou chez un individu ayant tenté de se suicider.

M. le Président croit que c'est là le premier cas authentique démontrant la possibilité d'une paralysie vraie des adducteurs sans lésion des abducteurs.

Ce cas est l'objet d'une discussion entre les docteurs Knight, de Boston, Lefferts, de New-York, Seiler, de Philadelphie, qui font des remarques critiques sur l'explication possible de ce fait et aussi sur la rareté du cas.

J. Charazac.

(*A suivre.*)

Serre nœud du Dr Sajous.

Le Dr Sajous, professeur de laryngologie au département pratique de Jefferson Collège, à Philadelphie, a inventé un nouvel écraseur à anse métallique pour l'extirpation des hypertrophies de la muqueuse nasale, de polypes, de glandes

mucipares hypertrophiées, et des végétations adénoïdes de la voûte du pharynx. Cet instrument permet d'attacher très facilement le fil métallique, opération laborieuse dans tous les instruments de ce genre, surtout lorsque la rouille à altéré la surface intérieure. Une aiguille d'acier nickelée traverse librement la canule d'un bout à l'autre de l'œil, en dépassant un peu l'extrémité.



Pour l'armer, il suffit de doubler un morceau de fil de longueur voulue, sur lui-même, et de passer les deux bouts dans l'œil. En tournant la vis à l'autre extrémité, l'aiguille s'enfonce dans la canule et les bouts de fil sont repliés sur l'anse, et maintenus sur place par la pression des parois de l'instrument.

Les avantages de l'instrument sont, d'après l'auteur :

Solidité et légèreté; séparation facile de ses différentes parties pour le nettoyage; l'anse peut être attachée et détachée en un instant, l'anse se trouvant près de son point d'arrêt n'est pas susceptible de rotation sur son axe; l'anse se trouvant à un bout, la vsi de l'autre et le point de support au centre, l'instrument

est bien balancé; la vis conservant en tournant une immobilité longitudinale n'implique pas un mouvement latéral du bras de l'opérateur, évitant par cela la pression de la pointe de l'instrument contre la tumeur.

Quoiqu'étant adapté principalement aux opérations nasales, l'instrument peut aussi servir pour les affections utérines et celles du conduit auditif.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Contributions à l'étude de l'anatomie du larynx,
par N. Simanowsky.

L'auteur trouve, comme Rudinger, que le muscle des replis ventriculaires ne manque que très rarement chez l'homme, tandis qu'il est en règle générale très peu développé chez la femme, où il reste toujours ce qu'il était dans les premiers mois de la vie. Il ne représente point un faisceau isolé au-dessous de la muqueuse des fausses cordes vocales et ses fibres ne se trouvent non plus immédiatement au-dessous de la muqueuse, mais au milieu même de la substance de la corde, entourées par des glandes qui s'y trouvent glogées.

Les différents faisceaux du muscle suivent une direction sagittale, en partie frontale. Les faisceaux sagittaux ne sont aucunement reliés aux muscles thyro-aryténoïdien et thyro-ary-épiglottique, qui se trouvent dans le voisinage contre la paroi latérale du ventricule de Morgagni (Henle), prenant leur origine du côté latéral de la base de l'épiglotte, ce qui leur permet de détendre les fausses cordes vocales. Les fibres frontales (arrangées soit en ligne inclinée soit en ligne verticale) ne se relient pas non plus avec les muscles voisins. Prenant leur origine de la paroi latérale du larynx entre les faisceaux du muscle thyro-aryténoïdien externe, elles vont s'insérer directement dans les replis ventriculaires. Ils ont donc pour effet de raccourcir le « repli » même, formé par la fausse corde vocale et de faire sortir le produit de sécrétion des glandes qui s'y trouvent. En même temps ils agrandissent la cavité du ventricule de Morgagni, en élargissant convenablement son ouverture, qui n'est qu'une fente. La phonation, le

timbre de la voix et du son en sont évidemment influencés. Le muscle des replis ventriculaires n'a pas été rencontré chez les animaux.

Simanowsky rencontra chez l'homme dans l'épithélium des véritables cordes vocales, les mêmes organes caliciformes, trouvés et décrits pour la première fois par Loven et Schwalbe chez le chien. Leur forme ne diffère en rien des organes analogues de la langue destinés à la perception du goût. Elles forment ou des amas ronds, aplatis, composés d'un grand nombre de cellules épithéliales, ou des figures minces cylindriformes, constituées seulement par quelques cellules épithéliales allongées et rangées perpendiculairement, entre lesquelles finissent les nerfs. En dehors de ces deux extrêmes il y a des formes de transition. Dans ces organes donc, sont distribués des nerfs, qui y entrent formant comme de fins réseaux ou des ramifications. Chez le chien et le lapin, on voit en outre les nerfs finir en forme de pinceaux entre les épithéliums des véritables cordes. Ces nerfs finissent immédiatement au-dessous de la surface libre par une petite saillie distincte. Enfin, il existe encore chez le chien et le lapin aussi bien que chez l'homme et le cochon d'Inde, des terminaisons *intra* épithéliales de nerfs dont la forme ressemble à celles de la cornée. (*Waldeyers*, *Arch.* XXII, 4, 1833. *Centralbl. für. Méd. Wiss.* n° 42, 1883).

BAYER.

Cas de lupus laryngé, par le Dr OBERTUSCHEN à Krefeld.

La malade âgée de 20 ans se présente le 22 décembre 1881, se plaignant de raucité, de dyspnée au moindre effort, de toux sèche, mais surtout des vives douleurs lancinantes pendant la déglutition, de sorte qu'elle se trouve dans l'impossibilité de manger des aliments solides. Le mal date, selon la malade, de 6 mois. En apparence la malade jouit d'une santé florissante, et en effet on ne découvre absolument rien en dehors du larynx. L'examen laryngoscopique révèle un épaississement de l'épiglotte entière, tout le bord libre en est défectueux et ulcéré. Au milieu surtout existe une ulcération profonde, formant une grande échancrure. Dans ces ulcères et sur les parties les plus proches poussent des bourgeons en grand nombre de la forme de petites et grandes granulations;

en trois points différents on distingue de petites cicatrices de la grandeur d'un pois. Les cordes vocales ne sont pas visibles, le reste du larynx, en dehors de la muqueuse rouge foncé, présente à la paroi postéro-supérieure quelques petites excroissances disséminées, en partie ulcérées. Toux courte, rauque, expectoration nulle, voix sourde. La compression du larynx est peu douloureuse. Rien aux poumons ; pas de trace de syphilis, diagnostic : lupus,

Traitement : Iodure de potassium à l'intérieur ; cautérisation des bourgeons lupeux au galvano-cautère.

A la fin du mois de février 1882, l'épiglotte est entièrement cicatrisée, conservant les bords anfractueux et au milieu une profonde échancrure en forme de cœur, la divisant en deux parties à peu près égales. Plus de difficulté de déglutition, plus de toux. La raucité et la gêne respiratoire persistent. Au mois de juin 1882, la malade se présente de nouveau à l'examen et l'on put constater que la guérison s'était maintenue. Au mois de janvier 1883, elle revient pour une affection du nez, qui existe depuis deux mois et ne fait qu'augmenter. L'examen démontre un lupus des deux ailes et du bout du nez, remontant jusqu'à la voûte osseuse du nez et descendant sur la lèvre supérieure. Perte de substance déjà aux bords des narines ; la cloison commence également à être envahie à l'intérieur. C'est un lupus hypertrophique ulcérant, avec une forte sécrétion, sans tendance à la cicatrisation. Même traitement. Guérison après 6 séances au galvano-cautère presque sans traces. L'auteur a trouvé contrairement aux autres, que les bourgeons du lupus étaient si bien caractérisés, que le diagnostic n'était pas plus difficile que celui du lupus cutané. Il est évident, qu'il est plus facile, quand d'autres parties sont atteintes en même temps.

En terminant, l'auteur fait l'éloge du galvano-cautère dans le traitement de cette affection. (*Centralbl. für Klin. Médecin.* n° 38, 1883).

BAYER.

De la laryngite hémorrhagique Par le Dr STEPANOW de Moscou.

Les cas de laryngite hémorrhagique se divisent en deux catégories. Dans la première se rangent les hémorrhagies laryngées caractérisées par leur peu de durée, leur insigni-

fiance; leur localisation nette dans l'une ou l'autre partie du larynx et leur peu de résistance aux astringents.

Dans la seconde catégorie se rangent les cas observés par Navratil, Frankel, Böcker, ainsi que les deux observations de l'auteur. Ils se distinguent parfaitement de ceux de la première catégorie au point de vue de leurs caractères cliniques, et étiologiques.

1° *Observation.* — Le 16 janvier 1883. Une femme de 47 ans, consulte le docteur Stepanow pour de la raucité de la voix et des hémoptysies. La malade déclare avoir éprouvé le 6 janvier un fort refroidissement suivi d'aphonie complète. Le 7 janvier s'est déclaré le premier crachement de sang. Ces crachements se répétèrent tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours; d'ordinaire ils étaient immédiatement précédés de chatouillement dans la gorge, auxquels succédait une toux expulsant soit du sang liquide soit des caillots de sang.

Dans les espaces de temps séparant les crachements, il n'y avait presque pas de toux. Trois années auparavant la malade avait présenté les mêmes symptômes.

La poitrine ne présente pas de signes morbides. A la face inférieures des cordes vocales, dans toute leur longueur, se montrent des caillots sanguins. La face supérieure des cordes vocales est d'un rouge pâle; les muscles thyro-arythémoïdiens internes sont dans un état de parésie; le reste du larynx se montre un peu hypérémié. L'auteur ne parvint par à enlever les caillots. Vers la mi-février la guérison fut complète, l'aphonie avait disparu;

2° *Observation.* — Le malade est encore une femme, âgée de 40 ans, des crachements de sang se sont également déclarés après un refroidissement. L'examen laryngoscopique rappelle complètement le cas précédent, terminaison par guérison.

Ces deux cas, ainsi que ceux de Navratil, Frankel et Böcker ont entre eux les analogies suivantes :

D'abord, l'*Étiologie*: le sexe est une condition prédisposante; tous ces cas de laryngite hémorrhagique ont été observés chez des femmes;

Les caractères cliniques : la maladie se produit toujours avec des symptômes de laryngite auxquels succèdent des crachements de sang répétés et assez abondants. Ceux-ci sont provoqués tantôt par un accès de toux, tantôt sans cause appréciable. Lorsque les crachements de sang cessent, les

symptômes de la laryngite simple persistent. En général la laryngite hémorrhagique a une durée beaucoup plus longue que la laryngite simple.

On peut distinguer dans le cours de cette maladie, une première période : catarrhale ; une seconde, catarrhale hémorrhagique, et une troisième de nouveau catarrhale.

L'image laryngoscopique se différencie de celle de la laryngite simple, par la présence de caillots sur la muqueuse du larynx. Ces caillots ce trouvent toujours sur les vraies cordes vocales.

L'étiologie, dit le Dr Stepanow, et la symptômatologie de la maladie, me semblent permettre de regarder la laryngite hémorrhagique comme une variété distincte.

L'attouchement avec la solution de nitrale d'argent ne prévient pas de nouvelles hémorrhagies et a peu d'influence sur la marche de la maladie. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde, Kehlk., Nasen-rachen Krankheiten* nº 1, 1884.)

Ch. Goris.

De la laryngite spasmodique, ou coqueluchoïde, et de son traitement ; par M. le docteur Sejournet.

La *Revue médicale* du 2 février publie un fort intéressant rapport de M. le docteur Guyet sur un mémoire présenté par M. le docteur Sejournet à la Société de thérapeutique. Il s'agirait, d'après l'auteur, d'une forme particulière du laryngite chronique ou, plutôt, d'une des modalités cliniques de cette maladie, caractérisée par la physionomie de la toux nettement coqueluchoïde, avec quintes composées d'une série de saccades expiratrices suivies d'inspirations plus ou moins bruyantes, et qui se terminent par le rejet de mucosités filantes, parfois aussi de matières alimentaires ; caractérisée aussi par la facilité avec laquelle cette toux a cédé aux applications topiques employées.

M. Sejournet relie catégoriquement cette sorte de laryngite à la diathèse herpétique. Cette opinion ne parait pas démontrée au docteur Guyet car, si quelques-uns des malades observés par M. Sejournet paraissaient être sous l'influence de la diathèse herpétique, il n'en est pas de même des autres. Quoiqu'il en soit, la laryngite spasmodique offre, comme principal caractère, la toux formée de quintes rappelant celles

de la coqueluche et pouvant provoquer des désordres mécaniques tels que l'épistaxis, précédée d'une titillation au larynx interrompue par des reprises bruyantes et se terminant par le rejet de mucosités visqueuses, quelquefois sanguinolentes.

Les quintes peuvent être fort nombreuses, aussi le malade peut-il être épuisé, maigrir bien qu'il ait de l'appétit, avoir des sueurs la nuit. Livrée à elle-même l'affection est fort tenace et peut durer des mois.

Malgré cela, elle cède avec la plus grande facilité au traitement qui consiste en badigeonnages iodés du fond de la gorge, traitement qui parait d'autant plus merveilleux que la maladie résiste à toutes les autres médications employées. D'après M. Séjournet, l'iode agit en modifiant la vitalité des tissus et la circulation de la région.

Le docteur Fournié fait suivre ce rapport de quelques réflexions que nous croyons devoir mentionner.

L'ensemble des faits réunis par M. le docteur Séjournet sous le nom de laryngite spasmodique existe, mais on n'est pas autorisé à les réunir sous le nom de *laryngite spasmodique*, jamais dans les cas analogues observés par le docteur Fournié il n'existait de lésion inflammatoire du larynx. Le succès rapide de la médication de M. Séjournet ne le surprend pas, mais on doit l'expliquer d'une façon différente. Dans ces cas, l'iode n'agit pas comme topique, mais comme médicament absorbé par la muqueuse de l'estomac et des bronches. M. Fournié, en effet, a obtenu des succès aussi rapides en donnant à ses malades 1 à 2 grammes d'iodure de potassium par jour, absolument comme dans l'asthme.

Le docteur Fournié admet aussi l'influence de la diathèse, l'iode, dit-il, guérit la toux quinteuse; mais le malade n'est pas guéri. Il faut alors s'occuper de la diathèse et la traiter par les moyens variés que nous possédons, moyens trop nombreux, hélas! pour qu'on puisse indiquer une sorte de spécifique.

Ne pourrait-il aussi dans ces cas s'agir tout simplement d'un peu de tuméfaction des ganglions péri-trachéaux, fait commun dans l'enfance, et contre lequel l'Iodure de potassium agit également avec succès. (*Revue médicale française et étrangère*, 2 février 1884.)

J. Charazac.

Paralysie bilatérale des muscles abducteurs du larynx, par le Dr A. H. Young.

Le Dr Young a présenté à la *Manchest. médical Sociéty*; séance du 19 Mars 1884) une jeune fille agée de 9 ans qui venait d'être atteinte d'une paralysie bilatérale des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs constatée au laryngoscope et ayant déterminé une dyspnée telle que la trachéotomie devint nécessaire. Quelques temps après, la malade se portait très bien. L'examen le plus minutieux ne permit pas de découvrir la cause de cette paralysie.

Ne pourrait-on dans ce cas songer à quelques ganglions comprimant l'un ou les récurrents?

De la laryngite sous glottique, par Carl. Schmidt.

Il s'agit d'un cas de laryngo-sténose produite par des végétations granuleuses se trouvant au-dessous de la glotte vocale. L'auteur a pu amener une guérison complète au moyen du tubage du larynx à l'aide de sondes de plus en plus grandes (du n° 1 à 5, des sondes de Schrötter). A la fin le malade était parvenu à faire le cathétérisme lui-même. Des succès analogues ont été obtenus encore par Schrötter, Cotti, Ganghofner, Chiari. (*Centralblatt. für Klinische Médecin.* n° 16, 1884).

De la résorcine dans les affections du larynx, par le docteur J. Andeer.

Non-seulement ce remède a l'avantage de désinfecter promptement et sans les oxyder les instruments qui servent à son application, mais il possède encore la propriété de produire l'anesthésie des parties sensibles avec lesquelles il est mis en contact. C'est là un caractère qui lui est propre, et qu'il ne partage avec aucun autre remède, de la série des phénols. En solution faible il agit comme astringent, en solution concentrée, comme caustique, avec cette particularité qu'il n'occasionne pas de cicatrices et agit seulement en favorisant la production d'épithéliums normaux, ce qui est la première condition pour la guérison des ulcérations de la muqueuse.

Employée dans différentes affections du larynx, telles que destruction de l'épithélium, hyperplasies, aphonies de longue durée, la résorcine donne des résultats inattendus. Elle ne se montre pas moins efficace dans le traitement local d'affections putrides du larynx quelle qu'en soit l'origine. Dans les ulcérations tuberculeuses du larynx elle sert à calmer la toux et les douleurs (*Centralbl. für die medic. Wissensch.* n° 8, 1884).

Dr Bayer.

Contribution à l'étude de la trachéotomie chez les tuberculeux, par le Dr Louis Grégoire (Thèse de Paris 1884).

Dans un premier chapitre, M. le Dr Grégoire étudie les lésions qui nécessitent la trachéotomie chez les tuberculeux. L'œdème de la glotte en est une indication, moins par les accès de suffocation qu'il amène, que, par l'obstacle mécanique qu'il oppose à l'entrée de l'air, d'où, insuffisance de l'hématose. L'œdème de la glotte serait, d'après l'auteur, un accident rare de la tuberculose laryngée, affirmation qui nous paraît au moins hasardée, car, tous ceux qui étudient, le laryngoscope à la main, la phthisie du larynx savent combien est fréquent cet œdème du larynx que depuis longtemps bien des auteurs ont signalé et décrit.

L'immobilisation et le rapprochement des cordes vocales, la compression des récurrents par des ganglions hypertrophiés, l'arrivée subite dans le larynx de mucosités épaisses et abondantes (?) peuvent, à un moment donné, imposer la trachéotomie.

Dans un second chapitre, l'auteur fait ressortir l'importance du diagnostic du siège des lésions. Il en consacre un troisième à l'insuffisance du traitement médical; nous pourrions dire *non erat hic locus*; nous nous contenterons de faire remarquer que si l'on doit être très sobre d'applications topiques sur le larynx des tuberculeux, ce n'est pas seulement par crainte des spasmes de la glotte, dûs aux attouchements ou à l'examen, spasmes qui sont fort rares, sauf dans les cas où existe un gonflement notable de la muqueuse et de la sténose.

Discutant enfin la méthode opératoire, M. Grégoire s'arrête à la trachéotomie pure et simple et conclut de ses observations qu'elle est un des plus précieux moyens de traitement qu'on

puisse mettre en usage contre la phthisie laryngée. Opinion soutenue depuis longtemps par Beverley Robinson qui considère la trachéotomie non-seulement comme un palliatif, mais quelquefois comme un moyen curatif, à l'encontre du plus grand nombre des auteurs, qui regardent la trachéotomie uniquement comme un moyen de prolonger la vie du malade.

En résumé, cette thèse contient simplement l'exposé des opinions d'un très petit nombre d'auteurs, les recherches bibliographiques étant un peu incomplètes.

J. Charazac.

Un cas d'extirpation du larynx à la clinique chirurgicale du professeur Albert à Vienne.

Le patient âgé de 45 ans avait un cacnome du larynx. Il était malade depuis 8 ans : sensation de grattement dans le cou, raucité de la voix et symptôme de sténose ; ces manifestations avaient cessé pendant quelques temps, il y a deux ans, après la destruction par le galvano-cautère de quelques excroissances. La trachéotomie devient nécessaire. Mais bientôt les végétations par leur développement de haut en bas obstruèrent tellement le canal, qu'il fallut recourir à l'extirpation du larynx. Deux jours après la fièvre se déclara, le troisième une hématémèse, qui se renouvela le quatrième et fut suivi de mort.

A l'autopsie ; Pneumonie double, grandes érosions hémorrhagiques sur les replis de la muqueuse stomacale, dégénérescence graissense du foie et du cœur.

Influences des propathies sur les opérations chirurgicales
(Société de Chirurgie, séance du 7 mai 1884).

M. Verneuil n'a jamais conclu qu'il fallait renoncer aux opérations chez les diabétiques, mais a voulu prévenir les chirurgiens sur les dangers de ces opérations. Il apporte un fait nouveau à l'appui de cette thèse.

Il s'agit d'un homme atteint d'un épithélioma buccal et en même temps diabétique. Après quinze jours de traitement le sucre avait disparu des urines; M.Verneuil s'assure qu'il n'y a pas substitution d'un diabète à l'autre. L'opération est pra-

tiquée le 15 mars, le malade meurt le 18 mars de pneumonie et par coma diabétique.

Dans la même séance, M. Berger fait une communication sur l'oblitération des narines par déviation du vomer, il conseille, le malade étant chloroformé, d'enlever à l'aide d'un petit ciseau et d'une petite gouge, le plus que l'on peut de la saillie osseuse avec la muqueuse. Les suites de l'opération sont des plus simples et l'on constate la restauration immédiate de la cloison (*Gazette des hôpitaux*, 10 mai 1884).

J. C.

Nouvelle méthode pour extirper les polypes du nez.

Le Dr Bell conseille, pour opérer les polypes du nez, se mettre à l'abri de toute hémorrhagie et éviter la douleur au malade, de faire souffler ce dernier le plus fort possible par la narine affectée. Alors, dit l'auteur, le polype venant faire saillie en bas et au dehors et devenant très visible on fait une injection interstitielle d'une solution de tannin qui suffit pour faire rétracter d'abord, puis disparaître le néoplasme. (*Canad. Med. Rec.* février 1884).

Les tumeurs papillaires de la muqueuse nasale,
par C. M. Hopmann.

L'auteur démontre, que le papillome de la muqueuse nasale constitue un nombre considérable des néoplasmes bénins des fosses nasales, et qu'il diffère essentiellement du polype muqueux du nez, non-seulement comme structure, mais aussi comme siège. Tandis que le polype muqueux est composé de tissu conjonctif aréolaire, dont le réseau le plus fin est imbibé de liquide séreux, le papillome représente une tumeur provenant de prolifération vasculaire et cellulaire et surtout d'éctasie glandulaire, ayant son siège presque exclusif sur le cornet inférieur, où les polypes muqueux se trouvent fort rarement. Une particularité clinique du papillome est en outre celle-ci, qu'il est presque constamment accompagné d'un catarrhe retro-nasal purulent sec, qui disparaît par l'enlèvement du néoplasme. (*Virchow, Arch.* XCIII, pag. 213 *et Centralbl. für die med. Wissensch*).

Bayer.

De l'ulcère catarrhal : Communication faite à la *Société de médecine de Berlin*, par le Dr R. VIRCHOW. (Berlin, klin. Woch. n° 8-9. 1883.)

Virchow ne peut admettre la dénomination d'ulcère catarrhal.

Les ulcères érosifs, dit-il, que l'on remarque par exemple aux orifices extérieurs du nez et de l'oreille ne méritent pas cette appellation ; ils peuvent se produire dans la trachée et dans le larynx par le contact des crachats de l'expectoration dans le cours de la phithisie.

L'ulcère catarrhal est-il un ulcère particulier, se distinguant des autres ulcères, dit Virchow, alors je dois avouer que je ne l'ai pas encore vu, ou que je ne l'ai pas encore reconnu. Si sous cette dénomination, l'on ne veut désigner que cet ulcère qui se forme pendant le cours d'une maladie qui débute avec catarrhe, l'on peut encore trouver ce même ulcère dans une série de maladies qui n'ont aucun rapport avec le catarrhe par exemple : *l'urémie*, *le typhus*, *la syphilis*.

NÉCROLOGIE

Docteur E. BLANC (de Lyon).

Au moment de mettre sous presse, nous venons de recevoir la douloureuse nouvelle de la mort du docteur Blanc, de Lyon, décédé le 25 août à Saint-Bonnet-le-Château (Loire).

Après avoir passé en 1872 une thèse brillante sur le cancer du larynx, dans laquelle il avait rassemblé les observations de ses devanciers et y avait ajouté les siennes, ce qui en avait fait un travail consulté depuis avec fruit par ceux qui ont fait des recherches sur ce sujet, le docteur Blanc s'installa à Lyon où il se livra à la pratique des maladies du larynx et des affections pulmonaires, dans laquelle il ne tarda pas à acquérir une autorité marquée.

Lors de la fondation de la Société française d'otologie et de laryngologie, le docteur Blanc se fit inscrire avec empressement comme membre fondateur, et vint à Paris prendre part aux discussions de la Société, à laquelle l communiquait, il y a quelques mois encore, un mémoire intéressant sur les kystes du larynx.

Depuis quelques années, la laryngologie française a vu disparaître plusieurs de ses représentants : Isambert, Mandl, Krishaber, enfin Blanc.

Le docteur Blanc n'avait que 42 ans.

ERRATA. — Page 285, lig. 7, de l'article Labus, au lieu de selon *son* principe, lire selon *ce* principe.

Page 286, lig. 2, au lieu de *monté* sur le cadavre, lire *moulé*.

Le propriétaire gérant, Dr E. J. MOURE.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

THÉRAPEUTIQUE

LE « BYRRH » AU VIN DE MALAGA

Il y a trois mois, après avoir exposé l'histoire des liqueurs dites *apéritives* et montré toutes les qualités qu'elles devaient avoir, nous disions (1), et la Presse médicale de Bordeaux tout entière s'accordait à dire avec nous :

« Voici précisément une préparation justement renommée, qui » se recommande à l'attention du Corps médical, des Hygiénistes » et du public en général, en raison de ses propriétés exceptionnel- » lement toniques, apéritives, et partant bienfaisantes; elle est, » sans contredit, supérieure à toutes les liqueurs similaires. Ses » titres sont depuis longtemps connus et ses qualités ne sont plus » à exalter. Désignée sous le nom de *Byrrh au vin de Malaga*, » elle est préparée par MM. Violet frères, négociants à Thuir » (Pyrénées-Orientales), avec les principes apéritifs des amers, » les seuls qui soient les vrais agents stimulants des fonctions » digestives. »

Depuis que nous avons publié ces lignes, un fait pathologique des plus graves est malheureusement survenu. Le choléra s'est montré d'abord à Toulon, puis à Marseille, et il a rayonné à Arles, à Béziers et dans d'autres localités encore. En Italie, quelques cas du terrible fléau ont été signalés également.

Certes, à l'heure présente, la cause intime du choléra, la nature réelle de cette grave maladie, qui revêt habituellement le caractère épidémique, n'est pas encore connue. Les uns parlent d'un microbe spécial, les autres invoquent d'autres causes. Mais ce que tous les médecins acceptent, ce que particulièrement M. Guérin a démontré, c'est que la plupart du temps les épidémies de choléra sont précédées de l'apparition de troubles digestifs, de diarrhées dites *prémonitoires*, d'une part, et d'autre part que, dans le cours de cette épidémie, ceux-là sont plus spécialement frappés qui digèrent mal, qui sont dyspeptiques, qui ont l'intestin plus ou moins malade à la suite d'une mauvaise digestion ou de toute autre cause.

Ces faits bien établis et reconnus par tous les médecins imposent donc la nécessité pour chacun, en temps d'épidémie cholérique, de soigner ses fonctions digestives, de les aider, de les

(1) Voir notre numéro du 1er Mai 1884.

favoriser, et d'éviter ainsi d'ouvrir une porte à cette cruelle maladie.

D'un autre côté, on sait aussi que les gens affaiblis, que les anémiques, quelle que soit du reste la cause anémiante existant chez eux (travaux intellectuels ou corporels exagérés, alimentation imparfaite ou insuffisante, misère physiologique), sont les premières victimes du fléau épidémique. De là ces préceptes d'hygiène si utiles de se fortifier en temps d'épidémie, d'éviter les excès de travail, les veilles, les causes de débilitation quelconques. De là la nécessité pour les personnes qui sont déjà affaiblies (et presque tout le monde en est là) de prendre des préparations fortifiantes, reconstituantes, afin de trouver la force nécessaire pour traverser impunément la période épidémique.

Il fut un temps où l'on croyait trouver dans les alcooliques eux-mêmes les substances toniques pouvant préserver en temps d'épidémie. On demandait cette préservation au rhum, au cognac et à d'autres liqueurs du même genre. Mais aujourd'hui ces idées ont été absolument repoussées. Les alcooliques, on le sait, ne sont pas, à proprement parler, des toniques : ce sont des stimulants qui peuvent agir un court instant, mais dont l'usage ne saurait être continué. Dans les épidémies de choléra en particulier, l'emploi des alcooliques à titre de préservatifs ne saurait être trop rigoureusement repoussé. On sait que ces alcooliques vrais, mis en contact avec les parois de l'estomac, y déterminent une véritable irritation, arrêtent la production du suc gastrique, empêchent la digestion, amènent la dyspepsie et placent, par conséquent, les sujets dans une situation qui les rend plus susceptibles que d'autres à l'invasion du mal. Bien plus, l'usage immodéré de ces alcooliques, et même un usage restreint pour les personnes qui n'en ont pas l'habitude, est très souvent suivi de dérangement intestinal, de coliques, de diarrhées, et, par suite, peut devenir l'origine seule du mal. Il est évident que les liqueurs et les apéritifs de mauvaise nature, l'absinthe, par exemple, sont plus dangereux encore.

Ces considérations, dont l'importance n'échappera à personne, montrent donc l'impérieuse nécessité qu'il y a pour tout le monde d'user, en temps d'épidémie, d'une liqueur de bon aloi, *à base de vin généreux et contenant des substances à la fois digestives, apéritives, toniques et reconstituantes.* Une telle liqueur empêchera la dyspepsie, favorisera la nutrition générale, écartera ces diarrhées prémonitoires si dangereuses. De plus, par ses propriétés fortifiantes, elle donnera à tous, et surtout à ceux — dont le nombre est si grand — qui sont affaiblis, la force nécessaire pour traverser sans aucun danger l'épidémie.

Or, nous l'avons suffisamment montré dans notre premier arti-

cle (du 1er Mai dernier), ces qualités sont précisément celles du *Byrrh au vin de Malaga* préparé par MM. Violet frères, négociants à Thuir (Pyrénées-Orientales.) Cette bienfaisante et incomparable préparation doit ses propriétés et son incontestable supériorité au vin de Malaga qui lui sert de base, d'une part, et qui, provenant des premiers crus d'Espagne, a été entreposé en France où il a vieilli cinq ou six ans avant d'être utilisé; et, d'autre part, au choix raisonné et savamment fait des amers qui entrent dans sa composition. Aussi nous plaisons-nous à répéter que, « dans » des conditions semblables de préparation, il n'est pas surprenant » que le *Byrrh au vin de Malaga* de MM. Violet frères constitue » une liqueur de premier choix, que ses propriétés toniques et » digestives ont fait apprécier de tous. Aussi cette liqueur est-elle » répandue dans toutes les contrées d'Europe et dans tous les pays » d'outre-mer (Panama, Batavia, Sourabaya, Samarang, Padang, » Macassar, la Nouvelle-Calédonie, le Mexique, la Chine, la » Cochinchine, Montevideo, Buenos-Ayres, la Vera-Cruz, etc.). » Aussi a-t-elle obtenu les plus hautes récompenses, **vingt-** » **deux** Médailles Or, Vermeil, Argent et Bronze (1). Aussi a-t- » elle été couronnée à l'Exposition universelle de Paris en 1878, et » récemment à celle d'Amsterdam, où elle a remporté le premier » prix décerné aux apéritifs. »

Son excellence, du reste, vient encore d'être proclamée récemment d'une façon éclatante. A l'Exposition de Nice, malgré la sévérité des juges, la liqueur apéritive de MM. Violet frères a obtenu une Médaille d'Argent, l'une des plus hautes récompenses décernées aux apéritifs. Ce qui porte à **23** le nombre des Médailles qui consacrent si légitimement les qualités du *Byrrh.*

Pour résumer, nous dirons donc que, par ce temps d'épidémie, il n'est pas de meilleure liqueur préservatrice que le *Byrrh au vin de Malaga;* — que les médecins et les hygiénistes trouveront en lui un tonique puissant, utile, indispensable même, à tous ceux dont les fonctions digestives sont pénibles ou languissantes, à tous ceux que la chaleur déprime, à tous ceux que des travaux excessifs, des veilles, des fatigues, ont affaiblis; — que les convalescents y rencontreront un excellent fortifiant. Son usage, absolument incapable d'amener les inconvénients et les dangers des alcooliques, ne saurait donc être trop recommandé par le Corps médical.

(Revue Sanitaire)

(1) Lyon (bronze), Bourg (or), Avignon (or), Paris (argent), Foix (argent), Amiens (bronze), Saintes (mention honorable), Le Puy (argent), Carcassonne (argent), Reims (bronze), Bordeaux (bronze), Lyon (bronze), Montauban (argent), Paris (bronze), Paris (vermeil), Melun (argent), Perpignan (bronze), Rennes (bronze), Périgueux (bronze), Le Mans (bronze), Amsterdam (argent et mention honorable).

VINAIGRE DE PENNÈS (désinfectant atmosphérique) — Les épidémies en général et celle du *CHOLERA* en particulier nous permettent d'insister auprès de nos lecteurs pour qu'ils préconisent le **VINAIGRE DE PENNÈS** dont la propriété éminemment désinfectante a été constatée par quarante-huit chefs de service dans les hôpitaux et qui ne saurait être confondu, surtout au point de vue de l'*assainissement atmosphérique des habitations*, avec tant d'autres produits déjà connus. Il se volatilise facilement et se mêle en toute proportion à l'air respiré dans les milieux habités ou encombrés par un grand nombre de personnes, et cela, sans avoir à redouter le moindre inconvénient. Il n'est pas inutile d'ajouter que son odeur est des plus agréables et que l'*Acide salicylique*, qui en fait la base, se trouve en partie vaporisé, en raison de son contact immédiat avec l'acide acétique concentré.

Gros : 2, rue de Latran, Paris. — Détail : 49, rue des Écoles, et toutes les pharmacies.

Bordeaux. — Imp. A. Bellier et Cie, 16, rue Cabirol.

5e Année. N° 10. 1er Octobre 1884.

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

De l'épistaxis.

Par le docteur Voltolini (de Breslau).

(Traduit de l'allemand par le docteur Schiffers (*de Liège*

Les cornets du nez, qui sont déjà par eux-mêmes les os les plus minces de tout le squelette, acquièrent encore plus de délicatesse par les ouvertures sans nombre dont ils sont traversés pour servir au passage des vaisseaux. Ils sont entourés d'un tissu spongieux (portion caverneuse), analogue à celui qui existe dans le pénis. Ce tissu renferme, à la manière d'une éponge, de grandes cavités qui sont remplies par des vaisseaux largement béants (1). Il est vraisemblable de supposer que cette énorme accumulation de sang dans le nez a pour but, d'un côté, de servir d'appareil régulateur de la chaleur, afin que l'air n'arrive pas trop froid dans les poumons et, de l'autre, de fournir aux nombreuses glandes muqueu-

(1) Pour plus de détails, voir les dessins et les reproductions de coupes microscopiques dans le livre : *La rhinoscopie et la pharyngoscopie*, par Voltolini, 2e édition, Breslau-Morgenstern, 1879.

ses le moyen de sécréter suffisamment de mucus, pour lubrifier toujours le nez, malgré le passage continuel de l'air, et rendre possible l'exercice du sens de l'odorat.

La structure des cornets du nez, la disposition et la direction particulière des vaisseaux expliquent comment des épistaxis abondantes, parfois dangereuses, peuvent se produire. Il est déjà arrivé que plus d'un sujet a payé de sa vie de telles hémorrhagies, soit directement, soit consécutivement à l'épuisement qui en était résulté.

Il est également facile de comprendre que des pertes sanguines sérieuses peuvent survenir lors des opérations pratiquées dans le nez. Dieffenbach, lui-même, a déjà attiré l'attention sur cette complication. Il dit (1) que l'opération des polypes fibreux, résistants, réclame toute l'habileté, toute l'assurance et le sang froid d'un chirurgien expérimenté. La souffrance du malheureux patient, à qui les premières voies respiratoires et digestives sont obstruées par des excroissances plus ou moins volumineuses, qui se débat continuellement contre la torture produite par le manque d'air et de nourriture, et exprime ses angoisses par des sons inarticulés et l'aspect effrayant de sa physionomie, est certainement bien faite pour stimuler le courage de l'opérateur et l'engager à être entreprenant. Mais il doit jouir d'un grand sang-froid, car il est presque toujours dans l'alternative de voir suffoquer le malade, quand il fait la ligature du polype, ou d'assister à la mort produite par hémorrhagie, quand il enlève la tumeur, ou enfin, il peut se trouver dans le cas de ne pas être à même de terminer l'opération. Quoique suffisamment armé contre l'un ou l'autre de ces accidents, j'ai cependant été souvent sur le point de voir survenir l'un deux.

Je parlerai seulement plus tard du *traitement* des hémorrhagies qui peuvent arriver, soit dans les narines antérieures, soit dans les narines postérieures (cavité naso-pharyngienne) à la suite des opérations qui ont été pratiquées dans ces régions. Je désire surtout attirer l'attention sur une variété d'hémorrhagie du nez qui est encore peu connue, quoiqu'elle soit parfois mortelle et

(1) Voir *Die operative Chirurgie von Dieffenbach,* Band I, p. 278.

qu'elle ne vienne pas si rarement; elle est aussi habituelle.

L'année dernière, le docteur Ottomar Chiari, privatdocent à l'Université de Vienne, a publié un article où il traite à fond cette question (1). Je partage complètement la manière de voir de cet auteur, qui se trouve d'accord avec ce que m'a appris l'expérience.

Dans ce travail, je ne ferai qu'ajouter des détails à l'étude de mon confrère. J'ai décrit dans mon livre (2) le premier cas de cette variété d'hémorrhagie, dont l'origine était dans un point tout à fait circonscrit. C'est le suivant : Un homme (de Dresde), âgé de 42 ans, souffrait depuis plus d'un an et demi d'épistaxis fort sérieuses, qui survenaient sans cause particulière, à des intervalles plus ou moins longs. C'est en vain qu'il avait consulté à Dresde, Leipzig et Vienne. Il revenait un jour de cette dernière ville; l'hémorrhagie était arrêtée, lorsque pendant le voyage, elle reprit avec une telle violence, que le conducteur fit arrêter le train, pensant que quelqu'un s'était tué sur la voie! Le malade me fut adressé en décembre 1871 et resta à Breslau pendant trois mois. Pendant des semaines, j'avais arrêté l'hémorrhagie à différentes reprises, surtout au moyen d'injections souscutanées d'ergotine, employée également dans la muqueuse du nez.

Cependant l'hémorrhagie apparut de nouveau subitement et devint tellement abondante que la mort semblait imminente; l'anémie était portée au plus haut point. Le malade avait conscience de la gravité de son état; aussi fit-il venir son domestique chez moi avec la mission de télégraphier aussitôt à Dresde, si la mort survenait; l'examen du nez ne se faisait jamais en effet sans danger. Ni la rhinoscopie antérieure, ni la rhinoscopie postérieure, malgré l'examen le plus minutieux, ne m'avaient permis de découvrir la source de l'hémorrhagie. C'est alors que j'eus recours au nouveau spéculum (3) avec la lumière du soleil. Je l'introduisis aussi profondément

(1) *Das habituelle Nasenbluten und seine Behandlung*, von Dr. O. Chiari, in Allgem. Wiener medic. Zeitung, nº 24, 1883

(2) Loc. citat., p. 81

(3) Loc. citato., fig. 13.

que possible dans le nez, je laissai pénétrer la lumière sur le côté par le tube approprié, et je pus examiner dans les différentes directions la cavité des narines. Je parvins alors à découvrir, dans la narine droite, entre le cornet moyen et le cornet inférieur près de l'antre d'Hygmore, une petite excroissance, d'où je vis nettement sourdre le sang. Aussitôt je l'opérai à travers mon spéculum, en y glissant un galvano-cautère fin, coudé; je détruisis ainsi la tumeur. Depuis cette époque (il y a 12 ans), l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite.

Il est possible qu'il s'agissait dans ce cas d'un petit angiome, comme le pense Chiari; ce n'est cependant pas absolument certain.

Mais j'ai aussi constaté d'autres hémorrhagies habituelles chez des jeunes gens et chez des vieillards. Le plus souvent, comme Chiari l'indique, le sang venait d'une petite place située dans la partie antérieure de la portion cartilagineuse de la cloison, dont l'étendue ne dépassait pas la grosseur d'une tête d'épingle. Cette place apparaissait comme une petite varice ou une télangiectasie; l'observation que j'ai faite, que le sang s'écoulait aussitôt que le galvano-cautère était passé sur la tumeur, confirme cette manière de voir.

J'ai même vu cette espèce d'hémorrhagie se montrer chez une dame de 86 ans. Celle-ci souffrait depuis longtemps de graves hémorrhagies habituelles, provenant de la narine gauche; son médecin était parvenu à arrêter le sang, grâce à l'emploi de toute la série des styptiques.

Après un certain temps, il survint des hémorrhagies de la narine droite; elle vint me trouver, en désespoir de cause, après que tous les moyens avaient été employés sans succès.

Les hémorrhagies se montraient ordinairement presque toutes les nuits; ce qui faisait que cette dame n'allait jamais au lit sans les plus grandes appréhensions. Le sang arrivait aussi quelquefois pendant le jour, au moment du repas. Je découvris à la partie antérieure de la portion cartilagineuse de la cloison, une petite place qui ressemblait à un point variqueux.

Lorsque je la touchai avec le galvano-cautère, l'hé-

morrhagie apparut aussitôt. Si je n'eusse pas été sûr de mon fait, je me serais abstenu de continuer l'opération, à cause de la résistance qu'opposait la malade, qui se trouvait dans un état d'angoisse inexprimable. J'aurais eu grand tord d'abandonner la partie; car en cautérisant énergiquement la place d'où venait le sang, l'hémorrhagie s'arrêta d'une façon définitive. Je recueillis ainsi tous les bénéfices de cette cure, que ma patiente considérait comme miraculeuse.

Chez un jeune homme, qui depuis plusieurs années était atteint de saignements de nez habituels et avait une anémie profonde, j'ai vu se développer l'hémorrhagie par diapédèse; du moins je n'ai pas été en état de lui assigner une autre cause. Le résultat du traitement plaide en faveur de cette opinion; car je parvins à être maître de la perte de sang, en passant le long des deux cornets inférieurs du nez avec la surface du galvanocautère.

Les anatomo-pathologistes connaissent de longue date les échanges intimes qui se font entre le sang et les parois des vaisseaux; dans les maladies de celui-là ou de ceux-ci, il se produit des hémorrhagies *per diapedesim* (1).

C'est ainsi que l'on voit, après la morsure de serpents vénimeux, surtout aux membres, de nombreuses ecchymoses; il est vraisemblable que le poison de l'animal agit par une action paralysante sur les vaisseaux et produit de cette manière ces hémorrhagies.

Mais les pertes de sang du nez, qui proviennent d'une petite varice ou d'une télangiectasie de la cloison, paraissent tout à fait inconnues aux anatomo-pathologistes; du moins, je n'en trouve pas de traces dans l'œuvre déjà citée de Cohnheim. Il est, pour ce motif, d'autant plus permis de parler de cette lésion et de la porter à la connaissance du monde médical.

Quand à ce qui concerne les causes prédisposantes de ces hémorrhagies nasales, je ne puis guère en invoquer d'autre que la disposition anatomique de l'organe, qui,

(1) Voir *Vorlesungen über allgemeine Pathologie*, von Cohnheim. Band I, p. 316. Berlin, 1877.

à cause de son extrême richesse en vaisseaux, est très exposé au développement de varices, à des télangiectasies et à des pertes de sang *per diapedesim*. Nous avons indiqué plus haut la raison physiologique probable de cette richesse vasculaire.

Dans les traités récents d'anatomie, je ne trouve pas sur la disposition des vaisseaux de figures qui soient aussi instructives que celles des anciens auteurs. Dans le grand Atlas de Weber (d'aprés Sömmering) la reproduction de la table XVIII fig. XVII et XVIII donne une idée très complète de la grande richesse en vaisseaux de toute la cloison du nez, dont les artères et les veines ont été injectées préalablement au cinabre.

Les hémorrhagies dues à cette cause, venant de la cloison du nez, se montrent à tous les âges. Aujourd'hui même, pendant la rédaction de cette note, est venu chez moi un malade de trente et un ans, qui est atteint de cette variété d'hémorrhagies *depuis son enfance*. Chaque fois qu'il veut se moucher fortement, il perd aussitôt du sang, et cela toujours de la narine droite. Le même phénomène se produit pendant l'examen, au moment de l'introduction du speculum. J'ai parlé plus haut d'une dame de 86 ans qui était atteinte de la même lésion.

D'après ce que nous avons déjà rapporté, ce qui concorde avec l'observation de Chiari, on voit que les hémorrhagies habituelles siègent presque sans exception à la portion cartilagineuse de la cloison. Si nous considérons que dans aucune autre région du corps, il n'arrive aussi facilement des hémorrhagies que dans le nez, il faut inévitablement admettre que la cause doit être cherchée dans la texture même de l'organe, c'est-à-dire dans la disposition et le nombre des vaisseaux qui le parcourent. La même structure anatomique de l'utérus peut également seule expliquer les hémorrhagies périodiques dont cet organe est le siége. (Remarquons en passant, si extraordinaire que cela paraisse, que l'on ne sait pas encore de nos jours de quelle manière intime se produit cette hémorrhagie physiologique de la menstration! *Loc, citato. Cohnheim* p. 315.)

Comme nous l'avons vu, l'hémorrhagie nasale qui nous occupe, a son siége presque exclusif dans la portion

cartilagieuse de la cloison. Je ne puis souscrire à l'opinion de ceux qui soutiennent que l'hémorrhagie se produit, parce que les vaisseaux viennent de l'os et restent béants, lorsqu'ils subissent une lésion dans leur calibre. La perte de sang n'a lieu en effet que dans la portion cartilagineuse de la cloison.

Quant au *traitement* de ces hémorrhagies, j'ai, dans tous les cas, eu recours à la galvano-caustique que je considère comme un remède souverain, capable d'amener sûrement et pour toujours la guérison.

Il faut, avant tout, chercher à découvrir le siège de l'hémorrhagie et ne pas s'accorder de trève avant d'être arrivé au but. Pour y parvenir, je recommande l'emploi des appareils et instruments que j'ai décrits dans l'ouvrage déjà cité. *Je préfère de beaucoup l'éclairage à la lumière solaire* que je cherche dans tous les cas à utiliser. (1)

Cela fait, aussitôt que l'on a découvert le point d'où vient le sang, on le touche énergiquement avec le galvano-cautère rougi par le courant. Je recommande, dans cette opération, de ne pas chauffer le galvano-cautère jusqu'au rouge-blanc, parce qu'alors il agit trop profon dément, mais de s'en servir seulement quand il est arrivé au rouge. S'agit-il d'une hémorrhagie *per diapedesim* venant des cornets, on passe sur le point lésé avec le plat de la lame du galvano-cautère. Après l'opération, on fait garder la chambre au sujet, et pendant quelques jours on ordonne l'application de compresses froides, jusqu'à ce qu'il se montre de la suppuration.

Plus grandit mon expérience et plus j'opère dans le nez, plus j'apporte mes soins au *traitement consécutif*. Autrefois j'ai vu, en effet, mourir des malades de pyhoémie, de septicémie et de méningite, parce qu'après l'opération ils avaient considéré la chose trop légérement et ne s'étaient pas mis à l'abri des refroidissements et des autres influences nuisibles. Aussi ai-je pour principe, *même à la suite d'une opération en apparence peu importante*, de ne pas laisser quitter la chambre aux malades, ni en été ni en hiver, avant que les phénomènes inflammatoires se soient dissipés. Je ne puis pas notamment assez insister

(1) *Loc. cit.*

pour défendre aux malades de voyager, aussitôt après l'opération, si petite soit-elle. Les malades tourmentent l'opérateur pour qu'il leur permette de se mettre en route; j'ai vu, dans un cas de ce genre, se développer un érysipèle très grave de la tête.

Il faut toujours avoir présent à l'esprit qu'aucune région n'est aussi exposée à l'infection que le nez, qui sert de porte d'entrée à l'appareil respiratoire. Ce qui est suspendu dans l'atmosphère : poussières, corps étrangers, etc., pénètre donc dans les narines et peut devenir la cause de désordres ultérieurs. Le malade qui voyage en chemin de fer, à certaines époques de l'année surtout, sera naturellement plus exposé, s'il vient de subir une opération. Si je lui permets de se mettre en route dans ces conditions, ce n'est qu'après qu'il a eu soin de boucher les narines avec des tampons d'ouate salicylée.

Je ne me souviens pas d'un seul malade, chez lequel j'ai dû cautériser plus d'une fois le point lésé, pour obtenir dans ces cas une guérison durable. Dans mes opérations galvano-caustiques, je me sers de mon appareil qui a été décrit ailleurs (1). Je ne puis pas assez recommander de ne pas employer des batteries compliquées, telles que celles qui sont pourvues d'un galvanomètre. Ce sont des accessoires inutiles, dont la physique ne justifie pas l'usage; ils ne font qu'augmenter le prix de l'appareil. Si l'on veut cependant avoir recours au galvanomètre, il suffit de se procurer une aiguille magnétique ordinaire, que l'on placera simplement sur la table, à côté de la batterie. On pourra alors observer une déviation plus ou moins prononcée, lorsque le courant sera fermé, surtout si l'on porte les fils conducteurs tout à fait près de l'aiguille magnétique, ou mieux encore, si on les passe autour de cette dernière. Il n'est donc absolument pas nécessaire de réunir la batterie à l'aiguille magnétique, et on peut obtenir à chaque instant, avec notre procédé, le galvanomètre le plus recommandable (2).

(1) Il a été construit par M. Brade, fabricant d'instruments de chirurgie, 31, Hummerei à Breslau.

(2) Les avantages de l'accumulateur ont été indiqués par le docteur L. Bayer dans cette même *Revue* et dans une note beaucoup plus détaillée du même auteur, qui a paru dans le *Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für Nasen-Rachen-Kehlkopf und Luftröhren-Krankheiten.* N° 10, 1883. — *Accumulator und galvanocaustik.*

Nous ajouterons que nous même nous nous servons de l'accumulateur depuis plus de six mois, et que l'expérience que nous en avons faite se montre très atisfaisante. *Note du traducteur.*

Quant à ce qui concerne les hémorrhagies nasales d'une autre origine, qu'elles surviennent spontanément ou à la suite d'opérations, elles peuvent quelquefois acquérir un caractère fort dangereux. Dans ces cas, voici ce qu'il faut faire : le procédé le plus rapide et le plus simple est de fermer d'abord complètement le nez du malade pendant 5 à 10 minutes; en même temps il faut avoir soin de faire tenir la tête un peu en avant, pour que le sang ne coule pas dans l'arrière-gorge, autrement il peut tomber dans l'estomac, à l'insu du sujet, qui en avalera quelquefois plusieurs litres, jusqu'à ce qu'il survienne des nausées et enfin des vomissements. L'épuisement qui s'ensuit chez un sujet déjà affaibli, peut avoir des conséquences fatales. Aussi, faut-il examiner la gorge du malade, faire exécuter des mouvements de déglutition, et s'assurer si du sang ne coule pas à la paroi postérieure du pharynx ou s'il n'en dégoutte pas de la luette. Le sang s'écoule-t-il, et la fermeture du nez ne suffit-elle pas à arrêter l'hémorrhagie, on doit alors tamponner le nez avec de l'ouate *sèche*. On fera cette opération le plus vite possible, — la rapidité d'exécution importe beaucoup ici — en ayant recours à mon *speculum nasi* (1) pour introduire profondément un tampon l'un après l'autre au moyen d'une longue pince à polypes ou d'une pincette, jusqu'à ce que tout le nez soit bouché. On peut sans danger laisser séjourner le tampon 24 heures, si l'on craint un retour de l'hémorrhagie. J'ai également eu recours avec grand avantage à ce tamponnement dans des opérations pratiquées sur la cavité naso-pharyngienne; je le faisais au préalable, quand j'avais lieu de craindre une hémorrhagie grave dans le cours de ces dernières. De cette manière, j'ai souvent pratiqué avec le galvanocautère des opérations d'une longue durée, sans qu'une hémorrhagie survînt.

Ce procédé du tamponnement ne réussit-il pas cependant à arrêter l'hémorrhagie, il ne faut pas perdre de temps à faire des injections, à employer la sonde de Belloc, etc. Alors le danger presse, ces procédés sont le plus souvent sans résultats; il faut immédiatement

(1) *Loc. citato*. p. 65, fig 10.

recourir au tamponnement du pharynx nasal, la partie antérieure des narines étant, comme il a été dit plus haut, fermée par des tampons. Je pratique ce dernier en me servant d'une pince à polypes ou d'une pincette à courbure convenable, qui permet de remplir la cavité naso-pharyngienne de tampons d'ouate sèche, de la grosseur d'une prune ou d'une orange. Cela fait, on se sert encore pendant 10 à 15 minutes de l'instrument comme d'un levier pour exercer une pression de bas en haut sur les tampons mis en place. Pour plus de sécurité, on peut attacher ces tampons avec un fil qui pend hors de la bouche et est attaché au pavillon de l'oreille ou à la tête du malade, et permettra à ce dernier de dormir la nuit en toute sécurité.

L'introduction des tampons d'ouate dans la cavité naso-pharyngienne n'est pas du reste si facile ni si simple qu'on peut le penser *à priori;* elle doit en tout cas être faite rapidement, parce que les retards peuvent avoir ici des conséquences fatales, le sang s'écoulant quelquefois en abondance. Ainsi, quand on arrive avec le tampon à la paroi postérieure du pharynx, le voile du palais se contracte énergiquement et ferme la région du pharynx nasal. Si l'on persiste à vouloir continuer l'opération, il se produit des vomituritions incessantes, et le malade se refuse absolument à toute nouvelle tentative. Pour vaincre ces difficultés, il faut avoir recours à un instrument que j'ai déjà recommandé (1) et qui est destiné à accrocher en quelque sorte le voile du palais. J'ai toujours mis avec succès ce procédé en usage (2).

Je tiens de la main gauche mon instrument; je l'introduis rapidement derrière le voile du palais que j'attire en avant énergiquement, et au même moment, je pousse vite le tampon dans le pharynx nasal au moyen de la pince. Je continue à agir de même pour l'introduction de

(1) *Loc. citato.* p. 17, fig. 4.

(2) Nous avons eu l'occasion de voir employer cet instrument, lors d'une visite que nous avons faite à Breslau, en juillet 1882, à la clinique de notre estimé confrère, le docteur VOLTOLINI. Nous avons pu nous convaincre qu'il en faisait un fréquent usage et que son crochet était à même de lui rendre de grands services, non seulement dans le cas d'hémorrhagie nasale, mais encore quand il s'agit de faire de la rhinoscopie postérieure, chez des sujets difficiles, où le voile du palais se soulève continuellement. *Note du traducteur.*

chaque nouveau tampon. Les narines antérieures et postérieures étant ainsi parfaitement tamponnées, l'hémorrhagie doit s'arrêter, et de fait, c'est ce qui arrive ; le danger a été ainsi conjuré.

J'ai déjà (1) exprimé mon opinion sur la sonde de Belloc et fait remarquer que l'instrument ordinairement en usage est trop massif et trop lourd. J'ai dit que si la cavité du nez n'est pas large, il ne peut être introduit. (Chez les enfants, ce sera la règle.) Il n'y a du reste pas de raison de recourir à un tube si volumineux, qui est uniquement destiné à introduire dans le nez un fil fin. On peut donc se servir d'un instrument d'un calibre tout à fait réduit. Du reste mon expérience m'a appris à ne pas m'arrêter longtemps à employer la sonde de Belloc. Son introduction dure trop de temps, et en demande en tout cas plus que celle des tampons. Son usage n'est pas aussi certain, et elle ne sert même quelquefois à rien (2). Les sarcomes, les fibromes, etc., siègent ordinairement à la paroi supérieure du pharynx nasal ; or la sonde de Belloc exerce son action principale, au moyen du tampon, à la partie inférieure des fosses nasales postérieures, de sorte que le sang continue à couler sans interruption sur le tampon. Aussi recommandé-je avant tout l'opération pratiquée au moyen de la pince. Si dans le cas d'une hémorrhagie abondante, on n'avait pas de pince sous la main, on pourrait se servir du doigt pour introduire les tampons dans la cavité du pharynx nasal, quitte à les y fixer au moyen d'une tige métallique ou d'un bois quelconque suffisamment recourbé.

(1) *Loc. citato.* p. 262.

(2) Nous n'avons jamais eu recours qu'une seule fois à la sonde de Belloc. C'était, il y a plusieurs années, chez une vieille dame atteinte d'une épistaxis durant déjà depuis longtemps et menaçant de se terminer mal. Nous fîmes le tamponnement des fosses nasales postérieures avec la sonde de Belloc, suivi de celui des narines antérieures. L'hémorrhagie finit par s'arrêter. Les tampons des fosses nasales postérieures, que nous laissâmes en place pendant plus de 8 heures, n'étaient pas du tout souillés par le sang. C'était l'obturation des fosses nasales antérieures qui avait seule agi ; l'emploi de la sonde de Belloc ne nous avait donc servi à rien. Sans avoir pratiqué la rhinoscopie antérieure, nous sommes persuadé que dans ce cas nous avons eu affaire à une hémorrhagie, dont le siège était très probablement à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse. C'est ce qui arrive le plus souvent ; la sonde de Belloc est donc pour le moins superflue, sinon dangereuse, puisqu'il est avéré que la présence des tampons au voisinage des trompes peut produire une otite moyenne suppurée intense. (Hartmann, Löwenberg, Gellé.) *Note du traducteur.*

APPENDICE

Si nous résumons la partie essentielle de la note de notre estimé confrère, le docteur Voltolini, nous dirons que pour arrêter un saignement de nez, au lieu de pratiquer le tamponnement (sens ordinaire attaché ici à ce mot) il suffit d'introduire dans la narine correspondante un tampon d'ouate simple ou d'ouate de Bruns et de pincer le nez. Ce moyen simple et facile réussira le plus souvent, puisque presque toujours la source de l'hémorrhagie siège dans la partie antérieure et inférieure de la cloison cartilagineuse médiane, plus rarement sur le cornet moyen ou inférieur. Quelquefois il sera utile d'imbiber le tampon de perchlorure de fer; en tout cas il faudra, par crainte de récidive, apprendre au malade où il doit exactement placer le tampon.

Si ce moyen ne suffit pas, il faut toucher le côté de la cloison qui donne le sang avec le crayon de nitrate d'argent. Le galvano-cautère sera dans certains cas indispensable; si on l'a sous la main, il sera toujours avantageux de l'employer, puisqu'il réussit à coup sûr, ordinairement après une seule application. Nous avons déjà nous même exprimé cette opinion en 1882. (Voir *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, année 1882. p. 368.)

Le docteur Calmettes dans un article paru dans la *Gazette médicale* (*Epistaxis; diagnostic* et *traitement*) arrive aux mêmes conclusions.

Il en est de même du docteur Kiesselbach, qui ayant perdu un malade d'épistaxis, se mit à faire des recherches sur la source de l'hémorrhagie. Voir son article dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, 1884, n° 24 : *Über spontane Nasenblutungen.*

Sur un cas d'aphonie simulée;

par le Dr, Emile Duponchel, médecin-major.

Si l'on n'en est plus réduit, à l'époque actuelle, à faire la démonstration de l'utilité pratique du laryngoscope, il faut bien reconnaître qu'il règne encore, dans le public médical, une inexplicable indifférence, un certain

scepticisme, en raison desquels la pratique des examens laryngoscopiques, est encore trop peu répandue et demeure, on ne sait vraiment pourquoi, l'apanage du petit nombre des praticiens. Laissant de côté l'immense intérêt scientifique que présente l'étude du larynx, par l'examen direct, nous allons relater un fait absolument pratique et susceptible d'intéresser tous ceux que l'analyse et la découverte des simulations ne sauraient laisser indifférents : médecins des armées, des sociétés de secours, des pénitenciers, des prisons, médecins légistes de tout ordre. — L'apparente banalité du fait contribuera, elle-même, à démontrer combien il est nécessaire de répandre l'emploi du laryngoscope, et prouvera qu'il devrait occuper dans l'arsenal des médecins que nous venons d'énumérer, une place aussi importante que l'ophthalmoscope, lui-même, si généralement utilisé par eux depuis quelques années.

OBSERVATION

B... Pierre, né à Cenon (Ille-et-Vilaine), fait partie de la classe 1882, il a devancé l'appel et est incorporé à la 18e section d'ouvriers d'Administration, à Bordeaux, le 23 février 1883; profession antérieure : boulanger; aucun antécédent morbide, il est inscrit sur le registre d'incorporation du corps de troupe dont il fait partie, avec la mention : constitution *très bonne*.

Il se présente à notre visite le 20 avril 1883, avec une voix très rauque, il a de la fièvre, des rales sonores dans la poitrine, et nous l'envoyons à l'hôpital militaire sous le diagnostic, *laryngo-bronchite*. C'est durant son séjour à l'hôpital qu'il semble avoir préparé ses projets de simulation, il écrit en effet des lettres pressantes à son Commandant, pour obtenir de lui, un certificat d'origine de maladie, expliquant qu'il a contracté son mal en travaillant le 12 avril précédent, à éteindre l'incendie de la Manutention militaire.

Il sort de l'hôpital le 5 juin, 42 jours après son entrée ; son billet de sortie porte le diagnostic : *aphonie* et la note suivante de M. le médecin-major Bouchard : « Cette affection a résisté à tous les traitements employés; l'examen laryngoscopique n'a rien révélé; l'état général de cet homme est excel-

lent; il peut rendre des services dans la position de planton. »

Nous demandons et obtenons aussitôt l'emploi désigné, mais B... revient bientôt à la visite, sa voix s'obscurcit tous les jours davantage, il arrive graduellement à ne plus émettre aucune résonnance, à parler absolument à voix basse; incapable de se faire entendre de ses camarades, il ne peut, affirme-t-il, rendre aucun service d'aucune sorte. Ces assertions nous paraissent d'emblée très exagérées, car la respiration s'effectue normalement et sans la moindre gêne; il n'y pas de rougeur à l'arrière gorge, pas de rales dans la poitrine. Nous faisons entrer le prétendu malade à l'infirmerie régimentaire pour mieux l'examiner; l'observation psychologique confirme chaque jour, notre première impression; le traitement par les balsamiques à l'intérieur, les révulsifs cutanés dans la région laryngée, échouent aussi bien que les procédés d'intimidation; malgré la surveillance la plus attentive, B... continue à parler à voix basse et ne se dément pas une seule fois. Pour démasquer sa fraude, nous ne croyons pas devoir employer la chloroformisation, et l'infirmerie, n'étant pas pourvue des instruments nécessaires, nous ne ne pouvons recourir ni à l'emploi de l'électricité, ni au moyen scientifique et probant par excellence, la laryngoscopie.

C'est alors que nous conduisons notre sujet à la clinique de M. le docteur Moure, qui pratique, en notre présence, un examen attentif du larynx; nous ne trouvons rien d'anormal, à peine les cordes vocales sont elles un peu rosées.

Pour expliquer une aphonie aussi complète, il faudrait forcément constater un défaut de rapprochement des cordes, une paralysie nettement appréciable, ou bien quelque altération profonde des tissus; rien de tout cela n'existe, la glotte s'ouvre et se ferme parfaitement; les aryténoïdes exécutent leurs mouvements normaux et la petite rougeur que nous voyons absolument incapable, du reste, de produire une semblable aphonie, peut très bien s'expliquer par les efforts continuels auxquels B... se livre pour retenir sa voix. M. Moure pense avec nous que les signes locaux confirment absolument les présomptions antérieures et qu'il y a simulation.

Mais notre homme ne se rend pas pour cela, il continue à parler à voix basse; quelques moyens coercitifs que nous

employions, sans trop de confiance, ont le sort des efforts précédents; le 1[er] septembre, après plus de deux mois de séjour à l'infirmerie, il n'a pas été surpris un seul instant parlant autrement qu'à voix basse; il répond à nos reproches et nos menaces par des larmes abondantes, de véritables scènes de désespoir, il a fini par convaincre notre entourage de la réalité de son affection et nous sommes très certainement accusé tout bas d'ignorance et de barbarie.

Nous recourons alors à un nouvel examen laryngoscopique, mais B..., qui est fort intelligent, a profité de sa présence à deux cliniques de laryngoscopie; il a évidemment observé que pour la pratique de l'examen du larynx, on faisait toujours prononcer l'articulation Eh! et que l'on reprenait ceux qui prononçaient Ah! Quand vient son tour, il est impossible de lui faire émettre un Eh! il émet à voix basse un Ah! encore retient-il sa voix de telle sorte que les cordes vocales semblent ne plus se rapprocher aussi parfaitement qu'au précédent examen, et qu'il y aurait, en vérité, de quoi être ébranlé dans nos convictions.

C'est alors que M. Moure introduit brusquement une sonde laryngée, jusqu'au contact des cordes, la surprise ou la douleur font aussitôt émettre un cri nettement articulé. B... se ravise aussitôt, mais nous l'informons qu'il est pris, qu'il n'a plus désormais qu'à se rendre, sinon nous allons demander pour lui les peines les plus graves. Il finit en effet par céder, mais en observant la gradation la plus savante, commençant par émettre des sons obscurs, dans lesquels l'effort pour retenir sa voix se trahit visiblement; au bout de huit jours seulement, tout traitement étant suspendu, il se décide à parler d'une façon normale, et nous le renvoyons à son corps où il n'a cessé depuis de parler avec la plus grande facilité et de chanter au besoin.

Cette observation peut donner lieu à quelques réflexions utiles au point de vue de la médecine légale militaire; si l'habileté et la ténacité des simulateurs, sont choses bien connues, il en est d'autres qui le sont moins comme l'époque du début des simulations dans l'armée. Remarquons qu'ici les manœuvres ont commencé trois mois environ après l'incorporation; c'est là une des époques classiques où il faut particulièrement se défier des asser-

tions des recrues et surtout des engagés volontaires: ils commencent dès lors à trouver le métier dur, les espérances d'avenir dont ils s'étaient bercés, quelque peu aléatoires, mais c'est aussi le moment où les influences du nouveau milieu dans lequel se trouve le jeune soldat, commenceront à se faire sentir, celui où le médecin doit se montrer particulièrement circonspect.

La transformation d'une affection réelle, en maladie simulée, est aussi, dans la médecine de régiment, un fait de pratique que l'on ne saurait trop connaître; il est certain, qu'au début, nous nous sommes trouvé en présence d'une laryngite catarrhale aiguë très réelle. Ce mode de simulation avec un point de départ authentique est bien plus fréquent que la simulation imaginée de toutes pièces; elle rend le métier particulièrement délicat, et suffit à expliquer les singulières idées du public non médical, sur la pratique des médecins de l'armée.

Mais ce qui ressort avant tout de cette observation, ce qui intéresse à peu près tous les praticiens c'est l'évidente utilité de l'examen laryngoscopique dans de pareilles circonstances. Sans lui, les hypothèses les plus vraisemblables demeurent des hypothèses; l'observation médicale reste encore hésitante et désarmée. Aux luttes fâcheuses de finesse entre simulateurs et médecins, aux vieux moyens coercitifs désormais démodés, il faut de plus en plus substituer les procédés d'une observation scientifique sûre d'elle-même. On peut dire en ce qui concerne l'aphonie simulée, que l'application du laryngoscope a résolu la question d'une façon complète et définitive. Il faut donc en répandre l'usage, il faut pour ce qui concerne les services administratifs ou militaires, obtenir que les petits frais nécessités par l'achat des instruments d'observation laryngoscopique, et des appareils d'éclairage soient faits sans hésitation par les administrations intéressées, à la découverte de fraudes semblables à celle que nous venons de signaler. Il y a pour elles, un intérêt à la fois budgétaire et moral tellement évident, qu'elles n'hésiteront pas, le jour où la généralité des médecins qu'elles emploient leur réclamera ce petit sacrifice.

De la Syphilis de l'oreille (*Suite*) (1);

Par le Dr J. Baratoux.

A la même époque, Cullerier eut l'occasion d'en voir un nouvel exemple.

En 1864, Zeissl, (1) dans son traité sur la syphilis constitutionnelle, mentionne que la pharyngite peut se propager à la muqueuse de la trompe, comme l'avaient constaté qnelques années auparavant Scheitmann (2) et Farre (3). Les malades éprouvent alors les bourdonnements, des bruits de cloche et de la surdité par suite de l'occlusion de l'orifice du tube d'Eustache. Le nerf acoustique peut aussi être atteint de paralysie qui résulte du rétrécissement du méat auditif interne consécutivement à de la periostite syphilitique.

L'année suivante, Billroth (4) publie un cas d'hémorrhagie de l'oreille chez un syphilitique auquel on dut pratiquer la ligature de la carotide pour arrêter l'écoulement sanguin. Mais la mort survint et l'autopsie démontra que la carotide était ulcérée.

Voltolini (5) signale à son tour un cas de périostite syphilitique avec hyperostose du pourtour de la fenêtre ovale.

Vers le même temps, Nayler (6) rapporte une observation de syphilis vaccinale chez une jeune fille qui vit se développer des tubercules du côté de l'oreille.

Dans son *Traité sur la syphilis*, M. Lancereaux (7) résume les principales lésions de l'oreille décrites par ses devanciers: il ajoute le fruit de son expérience et mentionne qu'il a constaté à différentes reprises des vertiges, des étourdissements, de la surdité et des douleurs chez plu

(1) Voir *Revue* nos 10 et 11, 1883 et nos 2 et 8, 1884.

(1) Zeissl. *Syphilis constitut. Erlangen*, 1864 p. 297.

(2) Scheitmann. *Surdité syphilitique. In France médicale.* 1857. p. 220

(3) Farre. *Surdité syphilitique. The lancet.* 1858, janvier.

(4) Billroth. *In Pills, Dissertat. de arteriæ Carotis utriusque lateris ligatura.* Berlini, 1865.

(5 Voltolini. *Virchow. Arch. Bd.* 27. *Fall* 8.

(6) G. Nayler. *On syphilitic Diseases of the Skin following vaccination Brit. med. j.* 1865. t. 1. p. 359.

(7) Lancereaux, *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1e édition 1866, 2e éd. 1784.

sieurs syphilitiques; l'un d'eux présentait même trois gommes au niveau du lobule de l'oreille.

Il cite encore le cas de Parmentier (1) qui vit une gomme du palais déterminer des sifflements et une surdité presque complète; il rappelle aussi qu'il a déjà publié (2) un cas de cophose due probablement à une gomme du cerveau, et un autre fait de surdité avec écoulement purulent; ce dernier malade avait même de la paralysie des muscles de l'œil. Ces lésions semblent être dues à une tumeur cérébrale.

La syphilis héréditaire infantile n'est pas exempte de surdité, puisque l'ouïe peut être abolie ou partiellement perdue. Cette cophose paraît dépendre d'une lésion du nerf auditif.

Triquet (3) rapporte les observations de Fournié et de Lortet, en y ajoutant deux nouveaux cas ayant la même origine que les précédents; il rapporte aussi deux cas de perforation du tympan; dans l'un de ceux-ci, des granulations se sont même développées dans l'oreille. Quant à la fréquence des exostoses, il ne peut l'apprécier, attendu qu'il n'a eu l'occasion de n'en voir que deux cas, car les exostoses étant un symptôme de syphilis tertiaire et coïncidant le plus souvent avec d'autres accidents syphilitiques, les malades se dirigent d'eux-mêmes vers les chirurgiens spéciaux en fait de maladies vénériennes.

La découverte de la rhinoscopie permet à Turck (4), à Semeleder (5) et à Löwenberg (6), de voir des infiltrations, des granulations et des ulcérations syphilitiques sur le pavillon de la trompe d'Eustache.

Puis Rollet (7) signale le conduit auditif externe comme un des sièges des plaques muqueuses. L'otorrhée qui les accompagne est due à l'excoriation ou à l'ulcération de ces plaques. L'oreille moyenne et l'oreille interne,

(1) Parmentier, *Essai sur les tumeurs de la région palatine. Gaz. med. de Paris*, 1856.

(2) Lancereaux et Léon Gros, *Traité des affections nerveuses syphilitiques*, 1861.

(3) Triquet, *Leçons cliniques*, t. II, 1866.

(4) Turck. *Klinik der Kelhoff Krankh.*, 1866.

(5) Semeleder. *Rhinoskopie*, 1862, p. 58.

(6) Löwenberg. *Arch. f. Ohr.* Band. II, p. 119.

(7) Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, 1866.

dit-il, peuvent être atteintes de carie, de nécrose, d'où écoulement purulent abondant. Une lésion du rocher ou encore mieux une affection du pharynx de nature spécifique détermine de la surdité; mais dans ce dernier cas, l'ouïe n'est presque jamais perdue complètement.

Vidal (1) ainsi que Littré et Robin (2) avaient signalé précédemment l'otorrhée comme pouvant être produite par la syphilis.

Hinton (3) vient ensuite annoncer comme caractéristique de la surdité syphilitique héréditaire et constitutionnelle l'aplatissement de la périphérie tympan et l'ulcération de cette membrane; puis l'année suivante, dans l'annotation du traité de Toynbee (4), qui lui-même avait observé des ulcérations syphilitiques du conduit et attribuait aux ulcérations du pharynx la surdité prononcée accompagnant ces lésions, Hinton fait remarquer que les ulcérations syphilitiques du méat se rencontrent le plus souvent sous forme d'un ulcère de mauvais aspect et étroit siégeant à l'entrée de l'orifice. A ces signes, il faut ajouter un écoulement ichoreux et un gonflement inflammatoire généralisé du conduit.

Cet auteur raconte, en outre, que la syphilis héréditaire fournit à Guy's Hospital plus d'un vingtième des maladies de l'oreille. A ce propos, il rappelle que Wilde (5) avait déjà observé certains cas d'otites liés à une maladie inflammatoire de l'œil; aujourd'hui, on a reconnu que ces lésions doivent être rattachées à la syphilis héréditaire.

Hinton a encore noté que la perception crânienne était altérée dans cette affection. Il a de plus observé deux cas de paralysie par compression du nerf auditif par periostite syphilitique du méat auditif interne (6).

C'est aussi à la syphilis héréditaire qu'Anderson (7)

(1) Vidal. *De la syphilis congénitale. Thèse d'agrégation.* Paris, 1850.

(2) Littré et Robin. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie,* etc., 1865, 12e édition.

(3) Hinton. *Clin. Remarks on perforations and some other morbid conditions of the membrana tympani.* London, 1866.

(4) Toynbee. *The diseases of the ear.* London, 1860. — Annoté par Hinton, 1867.

(5) Wilde, *Otitis in connection with ophthalmia.* Aural Surgery 1851, p. 273.

(6) Hinton. *Guy's hospital reports.* 1867.

(7) Anderson. *Chronic catarr. of the middle ear in connexion with secundary syphilis. Glascow med. journ.* Novembre 1867. p. 261.

rattache l'inflammation purulente de la caisse coïncidant avec une irido-choroïdite.

Geigel (1), suivant l'avis de beaucoup de ses prédécesseurs, croit que les ulcérations de la portion pharyienne de la trompe peuvent produire des bourdonnements et un certain degré de surdité.

Isambard (2) fait observer que l'on rencontre dans la syphilis, des plaques muqueuses du conduit, de l'otite interne (moyenne), de l'ostéite, de la carie et de la nécrose du rocher.

Cette maladie occasionne parfois une oblitération de la trompe avec surdité, comme Liedenbaum (3) en cite un cas.

L'année suivante, Lucæ (4) constate une surdité partielle liée à une syphilis secondaire.

Troeltsch (5) qui, dans la première édition de son traité des maladies de l'oreille, donnait la syphilis comme une des causes de l'otite externe et du catarrhe aïgu de la caisse, revient plus longuement sur ce sujet dans sa quatrième édition. Dans ce dernier livre, il dit avoir rencontré plusieurs fois, au méat de personnes atteintes de cette affection, des plaques muqueuses humides avec inflammation du conduit et suppuration due au contact de la secrétion irritante. Quand aux exostoses, d'après cet éminent professeur, il est difficile de les rattacher quant à présent du moins à la syphilis. Il rappelle aussi les cas de contagion produits à Paris par le cathéterisme de la trompe d'Eustache. Il a été frappé de voir que les sourds, principalement les enfants nés de parents syphilitiques avaient souvent la perception crânienne diminuée à un point tel qu'elle n'était pas en rapport avec l'acuité auditive. Aussi, Trœltsch se demande-t-il s'il n'y aurait pas dans ces cas une altération du labyrinthe.

Wreden (6) décrit deux cas d'otite gangréneuse chez

(1) Geigel. *Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis.* Würzburg, 1867. p. 270.

(2) Isambard. *Des symptômes fournis aux maladies par l'organe de l'ouïe. Thèse Paris.* 1867, n° 277. p. 22.

(3) Liedenbaum. — *Arch. f. Ohr.* Band. II. p. 295.

(4) Lucæ. — *Arch. f. Ohr.* Band. III. p. 225.

(5) Troeltsch. *Lehrbuch der Ohrenheilkunde, Auf. I,* 1862. *Auf. IV.* 1868.

(6) Wrenden. *Mon. f. Ohr.* Novembre 1868, p. 169.

des enfants anémiques atteints de syphilis héréditaire et il émet l'opinion qu'il pourrait exister des tumeurs gommeuses de l'oreille comme il y en a pour l'iris et les procès ciliaires de l'œil et une dégénérescence gommeuse du tronc de l'auditif comme cela existe pour les nerfs optique, facial, moteurs oculaire commun et externe. Mais il n'a constaté aucun fait venant corroborer son hypothèse.

Gottstein (1) est d'avis que la syphilis peut attaquer l'oreille externe et l'oreille moyenne ; elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement. S'il en est ainsi, c'est qu'on néglige d'inspecter ces parties.

Reder (2) et Laségue (3) reconnaissent que les angines syphilitiques occasionnent des bourdonnements.

Politzer (4) fait remarquer après Hinton et Trœltsch que la transmission par les os du crâne est diminuée par le diapason dans la syphilis. Il considère ce symptôme comme une preuve de l'existence d'une affection du labyrinthe, lorsqu'il apparaît brusquement sans trace de lésion de l'oreille moyenne. Pour Politzer, on rencontrerait encore dans la syphilis une coloration cuivrée du tympan.

Delaissement (5) regarde la diathèse syphilitique comme une cause d'otite interne (moyenne).

Dans sa thèse sur les causes de la surdi-mutité, Loubrieu (6) rapporte que sur 520 sourds-muets de l'Institution des Sourds-Muets de New-York (de 1818 à 1837) 202 étaient devenus sourds accidentellement, et l'un d'eux seulement à la suite de la syphilis.

Schwartze (7) dans un premier article publié dans

(1) Gottstein. *Klin. u. krit. Beit. zur Ohrenheilk. Arch. Band. IV*, p. 65

(2) Reder. *Path. und Therap. der vener. Krankh. Wien*, 1868. *Auf* II. p. 290.

(3) Laségue. *Traité des angines.* Paris, 1868, p. 107.

(4) Politzer. *Neue Untersuchungen über die Anwendung von Stimmgabeln zu diagn. Zwecken bei den Krankh. des Gehörorg. Wien. med. Woch.* 1868, *und. Separatabd*, p. 13.

(5) Delaissement. *Trépanation de l'apophyse mastoïde. Thèse de Paris*, 1868, n° 141, p. 50.

(6) Loubrieu. *Etude sur les causes de la surdi-mutité. Thèse de Paris*, 1868, n° 158, p. 45.

(7) Schwartze. *Statistischer Beit. über die in der Policlinik zu Halle, a. d. s. im Wintersemester* 1866-67 *und Sommersemester*. 1867 *untersuchten und behandelten Ohrenkranken. Arch. f. Ohr.* Band. IV, p. 15.

l'*Arch. f. Ohr.* rapporte que sur 221 malades qu'il a observés du 15 octobre 1866 au 15 octobre 1867, il n'a rencontré qu'un cas d'ulcère syphilitique du méat auditif externe. Dans un deuxième article (1) il traite longuement de la syphilis de l'oreille. Après avoir fait remarquer que si les syphiliographes admettent la fréquence des affections spécifiques de l'oreille, il n'en est pas de même de tous les otologistes qui généralement ne se sont pas occupés de cette question. Il passe en revue les colorations du conduit dans la période secondaire. Dans ces cas, l'ulcération en forme d'anneau est recouverte d'un enduit blanc sale. Elle est accompagnée souvent d'un gonflement notable des ganglions lymphatiques. Des granulations polypeuses se développent aussi dans le conduit sous l'influence de cette maladie. Puis il consacre un chapitre au catarrhe aigu de l'oreille moyenne dans la pharyngite ou rhinite syphilitique. Si le catarrhe est unilatéral, on trouve toujours une ulcération ou une érosion de la trompe du même côté. Il étudie ensuite le catarrhe chronique de l'oreille moyenne et l'otite purulente dans la syphilis héréditaire et constitutionnelle. Enfin, dans un dernier chapitre, il traite de l'affection primitive de l'appareil nerveux dont il rapporte six observations : 1° paralysie intra-crânienne du nerf auditif gauche; 2° anesthésie de l'oreille gauche à la suite d'otite interne; 3° et 4° anesthésie de ce même nerf à la suite de paralysie; 5° paralysie double du nerf auditif par syphilis; guérison par le traitement mercuriel; et 6° otite interne double; guérison d'une oreille par l'iodure de potassium.

Schwartze n'a pratiqué aucune autopsie de surdité syphilitique. Cet auteur regarde la syphilis comme cause des exostoses.

Störh (2) n'a vu que très rarement des éruptions spécifiques sur le pavillon, mais il a observé quatorze cas de condylômes coïncidant avec la syphilis. Comme Wilde (3), Störh fait remarquer que ces tumeurs peuvent produire de vives douleurs.

(1) Schwartze. *Beitrage zur Path. und path. Anat. des Ohres. A. f. Ohr.* Band IV, p. 235, 254 et suiv.

(2) Störh. *Arch. f. Ohr.* Band V.

(3) Wilde. *Prat. obs. on aural Surgery. Philadelphia,* 1853, n° 202.

Le professeur J. Gruber (1) se livre à des recherches cliniques dans les services de Hebra et de Sigmund : il n'observe pas d'accidents primitifs des pavillons, mais il y constate fréquemment des taches, des squames et des pustules ; le conduit présente des condylomes et des abcès provenant de la fonte de tumeurs gommeuses, ainsi que des hyperstoses et des exostoses. La couche épithéliale du tympan se desquame et peut amener une ulcération et une perforation ; dans ce cas, la douleur persiste même après la perforation ; l'affection peut se propager à l'apophyse mastoïde et y déterminer une périostite. On ne voit pas toujours survenir cette forme suppurante, et ce sont les caractères de l'otite hypertrophique qui se présentent. Du côté de l'oreille interne, il y a de la congestion, de l'exsudation ou de l'atrophie des parties. Dans 4 cas d'otite interne spécifique, Gruber a vu la surdité persister aux accès vertigineux. L'un de ces malades étant mort de typhus exanthématique, on constata à l'autopsie une hypérémie du labyrinthe et de l'oreille moyenne.

La même année, A. Dron (2) publiait un cas de gomme de la région mastoïdienne chez un enfant qui avait contracté la syphilis par sa nourrice.

L'année suivante, Knapp (3) observe une maladie de Menière consécutive à un ulcère syphilitique de la gorge et à une irido-choroïdite séreuse.

Rivington (4) rapporte un fait de coloration brun-foncé du pavillon chez une jeune fille atteinte de syphilis héréditaire.

Quelques jours après, Silver (5) relate un cas de paralysie générale avec hallucination de l'ouïe.

Jean d'Hubert (6) signale que l'obstruction de la trompe, peut être due aux constitutions syphilitiques.

(1) Gruber. *Ueber Syphilis d. Gehor. Wien. med. Pr.*, 1870, et *Lerhbuch der Ohr. Wien.*, 1870.

(2) Achille Dron. *Propagation de la syphilis par les nourrices; mode de transmission de cette maladie par la nourrice au nourrisson dans l'allaitement. Lyon médical*, 1870, t. IV, p. 603-607.

(3) Knapp. *A. f. Opth. and. otol.*, t. II, nº 1.

(4) Rivington. *Syp. her. Med. Times and. Gaz.*, 1872, 19 octobre.

(5) Silver. *Symptoms resembling gen. paral. of the insane*, etc.; *Syphilitic tumour? Med. Times and Gaz.*, 1872, 26 octobre.

(6) Jean d'Hubert. *De l'obstruction de la trompe d'Eustache. Thèse Paris*, 1872 nº 377, p. 33.

Mayaud, (1) rappelle que dans la syphilis cérébrale on constate des étourdissements et des vertiges.

Dubuc, (2) publie une observation de troubles de la température des pavillons avec bruit de surdité chez un tabétique syphilitique.

Moos (3) voit survenir une surdité brusque chez une jeune fille atteinte de syphilis. A l'autopsie, il constate une gomme du temporal droit et des lésions profondes de l'oreille interne.

Le professeur Fournier (4), dans ses leçons sur la syphilis, mentionne la forme verruqueuse des syphilides de l'oreille externe, et, au chapitre des troubles nerveux des sens durant la période secondaire, il signale les bourdonnements, les otalgies et la cophose.

Jackson (5) observe deux cas de tumeur crânienne syphilitique : l'une, cérébrale, ayant produit de l'affaiblissement de l'ouïe, l'autre, cérebelleuse, ayant déterminé des douleurs violentes de l'oreille gauche.

Marcé, (6) en parlant de la carie du rocher dans la syphilis, dit qu'elle peut se montrer à l'état aigu.

Violet (7) constate la replétion des cavités tympaniques par le pus, chez des fœtus syphilitiques.

Bonnenfant (8) et Voury (9) rappellent que la maladie de Menière peut survenir dans le cours de la syphilis.

Pour Machon (10) la surdité qui apparaît très fréquemment dans la pharyngite syphilitique tertiaire, serait due quelquefois à la carie du rocher et généralement aux ulcères naso-pharyngiens.

(1) Mayaud. *Syphilis secondaire et tertiaire du système nerveux.* Th. Paris, 1873, p. 12.

(2) Dubuc. *Tabes syphilitique. Union médicale*, 1873, 1er mars.

(3) Moos. *Syph. d. Labyrinth. Z. f. O.* Band. III. *h.* 1.

(4) A. Fournier. *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme. Paris*, 1873.

(5) Hughlings Jackson. *Med. Times and Gaz.* 1873, 29 mars et 10 mai. 1874, 1er août.

(6) Marcé. *De l'ulcération de la carotide int. dans la carie du rocher. Thèse Paris*, 1874, n° 57, p. 39.

(7) Violet. *Etude pratique sur la syphilis infantile. Thèse Paris*, 1874, n° 107, p. 44.

(8) Bonnenfant. *De la séméiologie du vertige dans les affections de l'oreille. Thèse Paris*, 1874, n° 189.

(9) Voury. *De la maladie de Ménière. Thèse Paris* 1874, n° 187.

(10) Machon. *De la pharyngite tertiaire. Thèse, Paris*, 1874, p. 15 et 25.

Barié (1) fait l'autopsie d'un syphilitique mort à la suite d'une carie du rocher.

Follin (2) attribue la paralysie syphilitique de l'ouïe à une exostose développée à base du crâne ou dans l'intérieur du rocher.

L'année suivante, le professeur Duplay (3) s'étendant plus longuement sur la syphilis de l'oreille dit que l'otite externe se montre parfois d'emblée dans la syphilis; elle est assez rare cependant et coïncide avec l'apparition de plaques muqueuses du méat. Il ne croitpas que les exostoses naissent sous l'influence de cette cause diathésique. Les affections syphilitiques de l'arrière-gorge sont souvent l'origine d'inflammations aiguës ou chroniques de la trompe et de la caisse, et les ulcérations de la trompe peuvent produire une cicatrice qui rétrécit ou ferme même son orifice pharyngien. La maladie de Ménière survient quelquefois brusquement dans la syphilis constitutionnelle, mais M. Duplay ne croit pas que ce soit le labyrinthe qui est d'abord et isolément atteint, il penche plutôt vers une inflammation chronique de la caisse qui déterminerait secondairement des troubles de l'oreille interne.

Erhard (4) comme M. Duplayne croit pas que la syphilis puisse contribuer au développement des exostoses du conduit.

Maffre (5) ne voit dans les lésions de l'organe de l'ouïe consécutifs à la syphilis que des accidents tertiaires.

Rey (6) attribue à la syphilis une influence indirecte sur la suppuration de l'oreille moyenne, qui pour lui ne se rencontrerait que rarement dans cette maladie constitutionnelle.

Huguenin (7) relate l'observation d'un malade qui,

(1) Barié. *Carie syphlitique du rocher. Bull. de la Société anat.* Paris 1874, octobre.

(2) Follin, *Traité élém. de path. ext.* 1874. T. I.

(3) Duplay et Follin. *Traité élém. de path. ext.* 1875. T. IV.

(4) Erhard. *Vorträge uber die Krankh. des Ohres.* Leipzig, 1875, p. 173.

(5) Maffre. *Quelques considérations de la suppuration de la caisse du tympan. Son traitement. Thèse, Paris* 1875, n° 57 p. 33.

(6) Rey. *Suppuration de l'oreille moyenne. Thèse Paris.* 1875. n° 100. p. 12.

(7) Huguenin. *Men. syph. Corr. Bl. f. Schw. Aerzte.* 1875. 15 sept. et 15 octob. n° 18. p. 528 et n° 20. p. 588.

dans le cours d'une méningite spécifique, eut des vertiges et des bourdonnements.

Tillaux (1) cite le conduit comme le siège de plaques muqueuses déterminant de vives douleurs.

Dans ses leçons sur la syphilis tertiaire, M. A. Fournier (2) rapporte que les syphilis gommeuses, sèches et ulcératives affectent certains points de prédilection, tels que le pavillon de l'oreille et que les gommes de voile du palais produisent des douleurs, des bourdonnements et l'affaiblissement de l'ouïe. Les troubles de l'ouïe (bourdonnement, vertige, cophose), ajoute-t-il, sont l'indice d'une syphilis cérébrale.

M. Ladreit de Lacharrière (3) dit que les auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'oreille se sont peu occupés de l'otite aiguë syphilitique; Triquet seul, à sa connaissance, lui a consacré un chapitre, dans ses leçons cliniques; puis il donne comme type de cette affection deux cas d'écoulement fétide du conduit dont les parois sont un peu tuméfiées.

Hutchinson (4) cite le cas d'une jeune fille qui présentant le facies et les dents de la syphilis héréditaire devient sourde en deux nuits sans avoir eu d'otorrhée. Cet auteur croit que l'otite moyenne est une complication rare de la syphilis secondaire.

Isambert Peronne (5) observent des troubles de l'audition coïncidant avec une affection spécifique du larynx et des troubles viscéraux.

M. Lancereaux (6) rapporte qu'il a rencontré fréquement des retrécissements de la trompe d'Eustache chez les femmes atteintes de syphilis viscérale.

Braus (7) reconnait pour cause de la paralysie de

(1) Tillaux. *Anatomie topog aphique*. 1875.

(2) A. Fournier. *Leçon faite à Lourcine. Rev. de syph. et de derm.* 1874. p. 435 et In *Leçons sur la syphilis tertiaire recueillies par Porak* et *sur la syphilis viscérale recueillies par F. Dreyfous*. In *Ecole de Médecine*.

(3) Ladreit de Lacharrière. *De l'otite aiguë syphilitique. Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*. 1875. t. I. mai.

(4) Hutchinson. *Deafness in connexion with heredito-syphilis. M. Times and Gaz.* 1875.

(5) Peronne et Isambert. *Ann. des mal. des oreilles et du larynx*. 1875, Tome I.

(6) Lancereaux. *Leçon sur la syphilis professées à l'hôpital de Lourcine recueillies par Ch. Rémy*. In. *Ecole de Médecine*.

(7) Otto Braus. *Die Hirnsyphilis*. Berlin.

l'oreille, le relachement des muscles tenseur du tympan résultant de la paralysie syphilitique du facial. Il en emprunte une première observation aux *Arch. fur. Dermat.* de 1871 et une deuxième à Steenberg; il en repporte aussi un cas de sa propre pratique.

Benedikt (1) rattache divers troubles auriculaires à une lésion de la huitième paire crânienne, dans le syphilis viscérale.

Saint-John Roosa (2) signale quatre cas de syphilis labyrinthique dont deux furent suivis de guérison. D'après lui, le nerf auditif était lésé.

Dans un travail sur les affections syphilitiques de l'oreille, Dalby (3) dit qu'on doit pratiquer l'examen des oreilles chez les enfants (syphilis héréditaire) et chez les adultes et les vieillards (syphilis acquise.) Il regarde la syphilis héréditaire comme cause fréquente de surdi-mutité; la perte de l'ouïe se montrerait de l'enfance à l'adolescence et tiendrait à une altération du nerf ou du labyrinthe. La syphilis acquise peut provoquer des troubles de l'audition par otite ou lésion nerveuse. L'otite est consécutive aux ulcérations du pharynx; la lésion nerveuse apparait soit dans le cours de la période secondaire, soit pendant la période tertiaire, par le fait d'une tumeur intra-crânienne.

M. Pierret, (4) a vu survenir des bourdonnements en même temps qu'un peu de surdité chez un malade atteint de tabes dorsalis.

Léo, (5) rappelle que la maladie de Ménière peut être due à la syphilis.

Dans le traité de chirurgie de Nélaton revu par Péan (6), les syphilides papuleuses et l'impetigo rodens sont signalées comme ayant un de leur siège sur le pavillon. Quant au chancre de cette partie il serait rare et n'offri-

(1) Benedikt. *Mon. f. Ohr.* n° 6.

(2) Saint-John Roosa. *Syphilis of the cochlea. New-York med. Rec.* 1876, mai.

(3) Dalby. *Syphil. affection of the ear. London*, 1876

(4) Pierret. *Essai sur les symptômes des tabes dorsalis. Thèse Paris.* 1876. n° 100.

(5) Léo. *Contribution à l'histoire de la maladie de Menière et du vertige auriculaire simple Thèse Paris* 1876. n° 235, p. 15.

(6) Nélaton. *Traité de chirurgie, revu par Péan*, 1876.

rait rien de particulier. Pour ces auteurs, les exostoses peuvent avoir une origine syphilitique. L'otite externe, la méningite se développent parfois dans le cours de cette diathèse qui aurait la caractéristique de rendre insidieuse la marche de l'otite moyenne aiguë. L'obstruction de la trompe a pour cause les brides cicatricielles consécutives et des colorations spécifiques du pavillon de cet orifice. La maladie de Ménière se rattacherait parfois à la diathèse syphilitique.

Pellizari (1), cite le cas d'une sage-femme qui, contaminée par le toucher, eut des troubles de l'ouïe qu'aucun traitement ne put modifier.

Beugnon (2), rapporte que l'otorrhée est un symptôme soit de syphilis secondaire quand les plaques se forment dans la trompe et gagnent l'embouchure du conduit dans la caisse, soit de la syphilis tertiaire où elle est alors l'indice d'altérations osseuses du rocher. L'otite externe spécifique coïncide avec l'existence de plaques muqueuses développées au pourtour du méat externe.

Barlow (3), a vu exemple de gommes vénériennes disposées sur plusieurs nerfs crâniens au niveau de leur origine apparente, chez un enfant mort de syphilis constitutionnelle et que l'on avait cru atteint d'une tumeur de la base du crâne.

M. Mauriac (1) signale que la surdité, l'otorrhée, les douleurs d'oreilles et les ulcérations de l'embouchure de la trompe peuvent se présenter chez des personnes atteintes de syphilis pharyngo-nasale.

Hedinger (2) raconte qu'il n'a vu qu'un cas d'ulcération syphilitique du conduit; mais il a observé dix cas d'opacités du tympan dans la période secondaire. La perception était diminuée ou même nulle chez ces malades.

Carré (3) publie un fait de surdité et d'otorrhée accompagnant des lésions oculaires et dentaires chez une jeune fille atteinte de syphilis héréditaire.

(1) Celso Pellizari. *Lo sperimentale*, 1877.

(2) Beugnon. *Etude sur l'otorrhée et ses complications. Thèse Paris.* 1877, nº 38, p, 31.

(3) Barlow. *Med. Times and. Gaz.* 1877, 9 juin.

(1) Mauriac, *De la syphilis pharyngo-nasale*, Paris, 1877.

(2) Hedinger, *Wurt. corr. Blatt.*, 1877, nº 6.

(3) Carré, *France medic.*, 1877, nºs 14 et 15.

Moos (1) ayant pu suivre jusqu'à sa mort un malade en pleine période secondaire avec vertiges, bourdonnements et surdité, reconnut que son rocher était sclérosé, que le périoste de son oreille interne était épaissi et que le tissu cellulaire du vestibule et de l'organe de Corti offrait une hyperplasie considérable; le nerf auditif n'était pas lésé.

Field (2) rapporte deux observations, dont l'une a trait à une destruction des deux tiers du pavillon de l'oreille, par suite d'ulcération spécifique, et l'autre était caractérisée par des douleurs et de la surdité survenues à la suite de la syphilis héréditaire.

(*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

Sixième Congrès annuel tenu à New-York les 12, 13 et 14 mai 1884 (3)

(Suite et fin)

Mardi 13 Mai (Séance du matin).

La séance est ouverte, sous la présidence du premier vice-président, M. le Dr W. Langmaid, de Boston.

En premier lieu, M. le Dr F. H. Hooper, de Boston, lit une note sur :

Une forme rare de tumeurs (**papillome caverneux**) **des cordes vocales.** — Le néoplasme, tumeur nodulaire sessile, était situé sur la partie antérieure de la corde vocale gauche, l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'une tumeur papillomateuse avec de nombreuses cavernes au centre. Ce cas, l'auteur le fait remarquer, diffère de tout ce qui avait été jusqu'ici rapporté, son heureuse terminaison sans récidive doit être aussi signalée.

(1) Moos, *Ueber path. Befunde im Ohr. labyrinth bei secundär Syphil. In Virchow's Arch. of path. An. Bd LXIX.*

(2) Field, *Cases of aural Surgery Brit m. j.*. 1877, 6 octobre, et *Hereditary syph. deafness. Med. Times and Gaz.* 1878, 16 février.

(3) Voir la *Revue* du 1er septembre (p. 303).

Le Dr Seiler, de Philadelphie, a observé un cas très semblable à ce dernier dans lequel la tumeur avait tous les caractères d'un angiome et qui était insérée sur la corde vocale droite.

Cas de chondrome du larynx. — Le Dr Morris J. Asch, de New-Kork, rapporte le cas d'une large tumeur cartilagineuse paraissant naître de l'aryténoïde droit et qu'il enleva à l'aide de la guillotine de Stoerck, spécialement modifiée pour cette circonstance. Un autre cas de ce genre a été rapporté par le Dr John Musser, de Philadelphie, qui, après autopsie, présenta les pièces anatomiques à la société d'anatomie pathologique de Philadelphie.

Méthode nouvelle pour l'ablation des néoplasmes laryngés. — Le Dr W. C. Jarvis, de New-York, a pour but dans cette note, de recommander l'emploi de l'acide chromique dans l'ablation des papillomes laryngés. Cette méthode consiste à appliquer à de courts intervalles de petites quantités d'acide chromique fondu à l'extrémité d'une sonde. Ce caustique dissout immédiatement les tissus lorsqu'il est appliqué sur le papillome, cela sans douleur ni gêne pour le malade; d'autre part, il paraît être sans action nuisible sur la muqueuse. En l'employant il sert à un double but, détruire le néoplasme, prévenir la récidive. Le Dr Jarvis présente un instrument fort ingénieux dont il s'est servi pour appliquer le caustique, et donne l'observation d'un cas dans lequel une tumeur très considérable a été détruite par ce moyen en l'espace de six semaines environ.

La lecture de cette note est suivie d'une longue discussion, à laquelle prennent part la plupart des laryngologistes présents. Les uns emploient le forceps laryngien, les autres les caustiques, tous les caustiques ou le galvano-cautère pour prévenir la récidive après l'ablation de la tumeur.

A la fin de la séance, un nombre considérable d'instruments nouveaux sont présentés par MM. les Drs J. H. Douglas, de New-York; W. C. Jarvis; J. N. Mackensie, de Baltimore; Seiler; Ingals, de Chicago; Sajous de Philadelphie et Delavan, de New-York.

Mardi 13 mai (séance du soir).

La séance est présidée par M. Langmaid, vice-président.

Paralysie unilatérale permanente des abducteurs du larynx, à la suite d'une hémorrhagie cérébrale. Cas unique. — Le Dr Delavan, de New-York, rapporte ce cas intéressant non-seulement à cause de sa rareté, mais encore parce qu'il ouvre le champ tout entier de l'étude des causes de paralysie des abducteurs. Il s'agit d'un cas d'hémorrhagie cérébrale avec paralysie du larynx et du pharynx, dans lequel tous les symptômes paralytiques disparurent rapidement, sauf la paralysie des abducteurs du larynx du côté droit; cette paralysie a duré sept ans.

Le Dr Knight, de Boston, mentionne le cas d'un individu qui ayant reçu un coup sur la tête, éprouva un trouble de la voix. A l'examen, on ne trouve d'autre lésion que la paralysie d'un abducteur.

Rétrécissement de l'œsophage. — Le Dr Rufus P. Lincoln, de New-York, rapporte un cas de rétrécissement de l'œsophage chez un homme de cinquante ans atteint de cancer. La dysphagie et la dyspnée étaient dues à la matière cancéreuse comprimant les branches laryngées et œsophagiennes du pneumogastrique. La mort survint par suite des lésions produites par le néoplasme sur les branches cardiaques.

Sténose de la trachée. — Le Dr E. F. Ingals, de Chicago, en rapporte trois cas, tous d'origine syphilitique, qui furent largement amendés par l'iodure de potassium à haute dose. Dans le troisième, on ne pouvait établir nettement l'origine syphilitique, mais l'iodure de potassium amena la guérison du malade.

M. le Président préfère le mercure à l'iodure de potassium qui, dans certains cas, produit une inflammation dangereuse du pharynx et du larynx, et parfois même de l'œdème.

Mercredi 14 mai (séance du matin).

La séance est présidée par le Dr Bosworth, de New-York.

Le Dr de Blois, de Boston, lit une note intitulée :

Cas de tuberculose buccale. — Il en rapporte deux

cas et soutient que toutes les fois que la tuberculose envahit le pharynx, le larynx ou la bouche, les poumons sont tout d'abord atteints. Dans le premier cas, la lésion avait envahi toute la muqueuse buccale; dans le second, le malade atteint de phymie laryngée, vit la maladie gagner le pharynx et la bouche, localisée principalement sur les amygdales.

Le Dr Langmaid, de Boston, a vu le second malade. L'aspect général n'était pas celui d'un phymique, mais l'examen du poumon ne laissait aucun doute sur la présence de la lésion tuberculeuse. M. le Président croit que la tuberculose peut envahir primitivement le larynx et le pharynx.

De la fièvre des foins (Hay Fever) **et de son traitement curatif.** — Le Dr Sajous, de Philadelphie, recommande dans le traitement de cette affection la cautérisation au galvano-cautère de la portion hypéresthésiée de la muqueuse des fosses nasales. La cause de la maladie réside, dit-il, à l'état actif ou à l'état latent, dans les fosses nasales elle se manifeste sous l'influence de la poussière ou des grains de pollen. La guérison peut être obtenue par la destruction des filets nerveux et des vaisseaux de la région. Les expériences qui l'ont conduit à ces conclusions, il les a faites sans connaître les travaux du Dr Roé, de Rochester, qui a le mérite de la priorité et qui a obtenu le même résultat.

Le Dr Shurley, de Détroit, admet la théorie du Dr Sajous. Pour le traitement il s'est contenté de cautériser les points les plus sensibles et a obtenu de très-bons résultats.

Le Dr Roé est heureux de voir ses expériences confirmées par le Dr Sajous. Il considère la maladie comme une affection localisée aux filets terminaux des nerfs sensitifs. Détruire la muqueuse dans laquelle ces filets se terminent c'est guérir la maladie.

Le Dr Mackensie pense que les symptômes locaux consistent en une hypéresthésie des tissus du nez, spécialement dans les points où se termine le sphéno-palatin, mais que la nature essentielle doit en être recherchée dans une excitabilité anormale des centres réflexes.

Le Dr Beveley Robinson, dans un cas de ce genre, a fait usage avec succès d'acide phénique pur.

M. le Président pense qu'il serait préférable d'appeler cette maladie *rhinite vaso-motrice* au lieu de fièvre des foins (Hay-Fever). La maladie, en effet, est constituée par trois éléments principaux : 1° l'élément nerveux ainsi que l'a démontré le Dr Béard ; 2° un changement de structure des fosses nasales ; 3° une sensibilité anormale sous l'influence de la poussière du pollen, etc. Enlevez-un de ces éléments et la maladie disparaît.

Le Dr Sajous terminant la discussion, dit qu'il n'ignore pas l'influence des centres réflexes, mais il croit que ces derniers ne sont excités que sous l'influence d'une sensibilité particulière des filets terminaux, dûs à l'irritation produite par les grains de pollen ou les autres poussières.

De la valeur comparée du galvano-cautère dans les affections du nez et de la cavité naso-pharyngienne. — Le Dr Shurley, dans cette communication, a pour objet d'attirer l'attention des médecins en premier lieu sur les conditions qui nécessitent l'emploi du galvano-cautère, en second lieu, sur la valeur comparée de cet agent, troisièmement enfin sur son application intelligente. En dehors des conditions ou, de l'avis de tous, cet agent doit être employé, nous devons toujours nous assurer avec certitude si la muqueuse est le siège d'un gonflement temporaire ou d'une hypertrophie permanente. En tout cas, ne jamais détruire une plus grande partie de muqueuse qu'il n'est nécessaire, le tissu cicatriciel ne pouvant remplacer les fonctions de la muqueuse. On peut, dans les opérations sur la muqueuse des fosses nasales, user d'agents mécaniques, chimiques ou électriques. Le serre-nœud de Jarvis, modifié par Bosworth, lui a été très utile par l'ablation des polypes du nez, mais n'a jamais pu lui servir dans le cas d'hypertrophie de la muqueuse. Les agents chimiques ne peuvent détruire suffisamment les tissus que si on les applique à différentes reprises et alors on a à craindre une réaction inflammatoire ennuyeuse. Le grand avantage du cautère galvanique est la précision avec laquelle on peut le porter sur les parties malades.

La discussion qui suit porte sur les avantages comparés du galvano-cautère et du serre-nœud. Les Drs Sajous, Jarvis, Roé, y prennent part, et le Dr J. Mackensie termine

en disant qu'il est des cas où le serre-nœud ne peut être employé et que le galvano-cautère est le meilleur agent de traitement de la pharyngite granuleuse.

Contribution à l'étude des végétations adénoïdes de la voute du pharynx. — Le Dr BEVERLEY ROBINSON, de New-York, considère les végétations comme assez rares. Dans le premier cas qu'il a observé, elles siégeaient près de l'orifice de la trompe et avaient amené la surdité. Dans ce cas, il considère la maladie de l'oreille comme due à l'extension de l'inflammation à l'oreille moyenne. Le rcalage, surtout par la méthode de Meyer, et le galvano-cautère, sont les meilleurs modes de traitement.

Sur le spasme de la glotte. — C'est le sujet de la communication du Dr ELSBERG, de New-York.

Il considère le spasme comme produit par la contraction spasmodique d'un ou de plusieurs muscles du larynx Il étudie l'étiologie, le diagnostic différentiel et le traitement de cette affection.

On procède alors à l'élection du bureau pour 1885.

Président. — E. L. SHURLEY, M. D., de Détroit.

Vice-Présidents. — MM, les Drs HARTMAN, de Baltimore, et William H. DALY, de Pittsburg.

Secrétaire et Trésorier. — M. le Dr BRYSON DELAVAN, de New-York.

Bibliothécaire. — M. Thomas R. FRENCH, de Brooklyne.

Membres du Conseil. — MM. les Drs FRANCK, H. BOSWORTH, MORRIS, J. ASCH et BEVERLEY ROBINSON, de New-York, et Frank DONALDSON, de Baltimore.

J. CHARAZAC.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Des moyens d'empêcher l'influence nuisible du bruit de son chemins de fer, par le docteur BURCKHARDT-MÉRIAN, de Bâle.

Les médecins de Winterthur firent en 1877 à l'administration des Chemins de fer de la confédération Helvétique, la requête suivante : Remplacer si c'est possible les signaux dé

locomotive, par d'autres signaux qui ne soient pas nuisibles des clairons, par exemple, ou au moins par des sifflets rendant un son plus bas. Nos signaux ont, en effet, un son des plus élevés et des plus intenses, et, pour cette cause, exercent une très fâcheuse influence sur notre ouïe.

Traitant de cette question tout d'abord au point de vue de l'incommodité qui en résulte, Burckhardt-Mérian dit, avec le philosophe Schopenhauer, que rien n'atteste mieux la sottise humaine que la permission qu'ont les charretiers de faire claquer leur fouet, alors que ce bruit fort, subit, paralyse le cerveau, tue la pensée et est douloureusement senti par toute personne qui pense. Ces bruits aigus et subits sont nuisibles, et comme preuve, l'auteur cite le cas du compositeur Robert François (*Archiv. fur Ohrenheilkunde*, Bd I, pag. 136), qui devint sourd pour tous les sons à partir de c^3, à la suite d'un coup de sifflet perçant de locomotive. Il devint, en outre plus tard, sourd pour tous les autres sons.

L'auteur a observé, lui-même, une jeune personne de 13 ans qui, pour la même cause, devint sourde pour tous les sons à partir de c^6, et éprouva, en même temps, un sifflement continuel dans l'oreillle.

Moos, enfin, cite le cas d'un conducteur de locomotive qui resta sourd pendant une quinzaine de jours, à cause du sifflement continuel de sa locomotive.

Gollstem et Kayser ont examiné 63 serruriers et forgerons, 1/3 d'entre eux seulement avaient l'ouïe bonne, tandis que sur 34 maçons, 2 seulement étaient sourds.

Ce n'est pas tant l'intensité que l'acuité du son qui est nuisible. Le grésillonnement d'un grillon est plus désagréable que le bruit que fait le scieur de long.

En Angleterre, on entend très rarement le sifflement de la locomotive. On devrait remplacer le sifflet par des cloches (*Separat abdruck aus den Correspondenz Blatt f. schweitz-Aerzte*). XIV année 1884.

L. L.

De l'hématome de l'Oreille, par le docteur Samuel SEXTON, chirurgien auriste à l'hôpital des maladies des Yeux et des Oreilles, à New-York.

L'hématome de l'oreille est une maladie du pavillon caractérisée par la formation d'un kyste, contenant du sang ou des parties notables des éléments constitutifs du sang. Il est

caractérisé par une inflammation plus ou moins grande du cartilage et du périchondre de l'oreille, accompagné d'une extravasation rapide du sang, soit entre le cartilage et le périchondre, soit dans le cartillage lui-même.

On observe surtout cette affection chez les aliénés, où elle produit des difformités si caractéristiques, qu'on la désigne, dans les asiles, sous le nom d'oreille de fou. L'auteur fait l'historique de la lésion et rappelle que le goût des Anglais pour la boxe, a été une cause fréquente d'hématome.

Le traumatisme est une cause d'hématome qui est rare chez l'adolescent, commun dans la vieillesse, surtout chez les fous, le sexe parait avoir une influence et les auteurs s'accordent à reconnaître une plus grande fréquence chez l'homme que chez la femme. La statistique de Lennox-Browne, à l'asile de West Riding, donne les résultats suivants : sur 707 hommes et 717 femmes, 24 hommes et 8 femmes en étaient atteints, soit 8 0/0 chez l'homme, 3,39 0/0 seulement chez la femme.

L'hématome siège plus fréquemment à gauche qu'à droite. Cette particularité a donné lieu à bien des théories. La position de la carotide, située plus près de l'oreille gauche que de la droite, amène une quantité de sang plus considérable. Le traumatisme, enfin, agit plus souvent sur l'oreille gauche que sur la droite *(The medical record,* 5 juillet 1884).

J. C.

De l'hématome du pavillon de l'oreille : par M. le Dr Tétard.
(Thèse de Paris 1884)

Après un historique de la question, l'auteur étudie l'étiologie de l'hématome. Il siège plus fréquemment à droite qu'à gauche, le plus souvent il reconnaît pour cause le traumatisme. Parmi les causes viennent ensuite par ordre de fréquence la lypémanie, la paralysie générale, la manie aiguë. Il peut aussi survenir sans cause. L'auteur fait ensuite l'anatomie pathologique de l'hématome du pavillon et termine par l'étude de la symptômatologie de cette lésion et de son traitement.

J. C.

De la pilocarpine contre la surdité *(Pilocarpine in Deafness)* par le Dr POLITZER.

L'auteur aurait obtenu d'excellents résultats d'injections sous-cutanées de solutions d'hydrochlorate de pilocarpine dans les cas de surdité d'origine labyrinthique (de 4 à 5 gouttes jusqu'à 10 par jour). On ne sait comment agit cette médication, mais les résultats obtenus seraient très encourageants. *(The Dublin journ. of méd. Sc.* Juillet 1884, p. 95).

De l'influence du climat sur le traitement du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, par le docteur J.-F. FULTON.

Le docteur Fulton recommande les climats froid et sec pour les otites moyennes non suppurées. Pour les otites suppurées un climat chaud. Le docteur Sécles recommande les hautes altitudes et les climats secs pour les catarrhes hypertrophiques, les climats humides, dans les cas atrophiques, vante le changement de climat et le docteur Fulton conclut qu'il est des cas ou le changement de climat suffit seul à la guérison, tandis qu'il en est d'autres qui réclament un traitement spécial *(The medical record,* 10 mai 1884).

J. C.

Tumeur de la portion pierreuse du temporal, par le docteur CHAVANE.

A la Société pathologique de Londres, M. Chavane présente une tumeur de la portion pierreuse du rocher, le malade est mort, quelques jours après l'ablation de la tumeur, d'une pneumonie double *(The lancet,* 24 mai 1884).

J. C.

La nature et le traitement de l'ozène, par le Dr BRUGELMANN d'Inselbad.

Le Dr Brügelmann ne peut admettre que l'ozène soit une maladie spécifique de la muqueuse nasale, caractérisée par une odeur spécifique. Toute sécrétion purulente dit-il qui stagne pendant quelque temps dans une cavité de l'organisme prend une odeur fétide. Exemple : le pus des cavernes pulmonaires. Et pourtant personne n'a cru diagnostiquer une

maladie spécifique du poumon, en se basant sur la fétidité de la sécrétion. Il en est de même pour les fosses nasales : l'odeur spécifique que prend le pus lorsqu'il y est retenu ne pourra autoriser à conclure à une maladie spécifique.

D'après l'auteur, le mot « ozène » représente à l'esprit une suppuration des cornets ou des os; l'odeur particulière appartient au pus et non à l'ozène.

Le traitement qui s'est montré le plus efficace consiste à déterger les fosses nasales au moyen d'injections d'une solution de chlorate de potasse; l'auteur se sert d'une seringue courbe qu'il introduit par la bouche de l'ouverture postérieure des fosses nasales.

Puis il touche les ulcérations de la muqueuse soit avec le nitrate d'argent, le tannin, soit avec le galvano-cautère.

Ce traitement dure parfois une année.

L'auteur a remarqué que les nez atteints d'ozène sont larges, cette maladie est souvent greffée sur une constitution scrofuleuse; la muqueuse nasale se dessèche et s'atrophie plus facilement et présente une plus grande prédisposition à la formation d'ulcères.

L'auteur n'a jamais observé que cette maladie fut contagieuse. (*Monatssch. für Ohrenhk.* n° 5, 1884.)

C. Goris.

Sur le traitement du coryza, par G. E. Dobson, chirurgien-major de l'armée anglaise.

Le docteur Dobson indique un traitement du coryza qui entre ses mains n'a jamais trompé son attente. Le traitement est simple, il consiste à verser sur du camphre finement pulvérisé, de l'eau bouillante et à respirer pendant 10 à 20 minutes les vapeurs qui s'élèvent. Après la première fumigation, le patient ressent déjà un grand soulagement. Il est ordinairement guéri après deux ou trois séances. La quantité de camphre à employer est d'environ une cuillerée à café par verre d'eau (*The lancet*, 31 mai 1884).

J. C.

De l'Asymétrie du crâne à la suite de maladies du nez, par le Dr Ziem de Hambourg.

Les causes d'asymétrie crânienne peuvent se diviser comme il suit : 1° préformation embryonnaire et causes agissant

pendant la vie fœtale dont la nature n'est pas suffisament connue (causes neurotrophiques);

2° Le traumatisme et spécialement les manœuvres obstétricales;

3° La diminution ou l'augmentation permanente en volume d'organes environnants; ou bien une augmentation ou une diminution de pression due à des causes extérieures;

4° Le développement exagéré ou trop restreint d'un côté de la face, tenant à un apport inégal de sang;

5° L'ossification unilatérale prématurée des sutures;

6° La scoliose de la colonne vertébrale.

Welker trouva 37 cas d'asymétrie dûs à des déformations des os du nez.

1° Diminution du diamètre d'une narine par déformation longitudinale et latérale du vomer.

2° L'emplacement asymétrique de l'ouverture des fosses nasales par rapport au plan médian crânien.

3° La hauteur inégale de la portion incisive des deux maxillaires supérieurs;

4° La profondeur inégale de la portion palatine du maxillaire supérieur et l'asymétrie de l'ouverture postérieure des fosses nasales.

5° L'asymétrie des orbites.

Welker ne doute pas que l'habitude de dormir du même côté ne cause souvent des déviations du nez.

D'après Zuckerkandl il n'est pas rare de trouver que l'apophyse montante du maxillaire supérieur soit déviée à droite ou à gauche, alors que le reste de la tête est symétrique. D'après le même auteur, la déviation de la cloison est souvent due à la manière dont on se mouche et à l'habitude d'introduire le doigt dans une narine.

Longtemps avant les publications de Welker et de Zuckerkandl, le Dr Ziem observa la coïncidence fréquente entre les maladies obturatrices des fosses nasales et la dissymétrie de la face. Sur 50 cas, huit étaient dûs à la déviation du septum et les autres à un gonflement très fort de la muqueuse.

Pour établir ce fait, l'auteur s'est, de plus, livré à des expériences sur de jeunes chiens et de jeunes lapins. A cet effet il introduit dans une fosse nasale un tampon d'ouate et l'y laisse pendant plusieurs semaines. La muqueuse se gonfle, une sécrétion purulente s'établit. Ce que le catarrhe artificiel

produit ici peut être comparé au catarrhe nasal chez l'homme. Après huit semaines, l'animal sacrifié présente du côté intéressé une diminution en longueur des os : nasal, frontal, et maxillaire supérieur dans sa portion palatine; la portion ascendante du maxillaire inférieur moins verticale. L'auteur conclut de ces expériences que les asymétries crâniennes sont directement causées par une maladie obturant les fosses nasales.

Une diminution de volume de l'antre d'Hygmore est donc une cause de dissymétrie crânienne, elle reconnait deux causes : 1° L'hyperostose inflammatoire des parois de ce sinus; 2° le rapprochement de ces parois. Quant à l'augmentation de volume, sur 300 sinus examinés par Zuckerkandl aucun n'était ectasié.

Toutefois la diminution de calibre des fosses nasales peut encore tenir à de fausses membranes développées soit dans le sinus maxillaire, soit entre la cloison et les cornets; enfin à une déviation de la cloison par cause traumatique.

Des expériences faites sur de jeunes chiens démontrent qu'une perte de substance de la cloison amène l'affaissement du nez en même temps que le museau s'allonge de bas en haut; la perforation de la cloison par un ulcère spécifique détermine un aplatissement du nez.

Ziem soutient que l'obturation d'une fosse nasale est rarement due à la déviation de la cloison, et très souvent au gonflement chronique de la muqueuse. Cette lésion amène une dissymétrie de la face : d'abord les muscles de l'aile du nez ont des mouvements isochrones à ceux des muscles respiratoires; lorsqu'une narine est bouchée les muscles correspondants ne fonctionnent plus.

De plus, la nutrition est gênée par le trouble de la circulation et le squelette de la moitié de la face s'hypoplasie. — Les cas d'atrésie congénitale d'un côté du nez sont très peu fréquents.

L'auteur attribue à la pénétration de l'air entre les tables de l'os une grande importance dans l'étiologie des dissymétries crâniennes; cette pénétration se fait par une toux ou un éternûment énergique.

Enfin une dernière cause d'asymétrie de la face est la déviation de la cloison, qui se rattache 1° à une cause traumatique antérieure; 2° à une pression d'air exagérée dans l'une des fosses nasales.

L'auteur n'a pas toujours constaté que l'asymétrie de la face entraînât une asymétrie crânienne, il n'en doute pas cependant.

A. Goris.

De la sténose nasale considérée comme cause du catarrhe nasal et retro-nasal, par le docteur W. J. Walsham, chirurgien, assistant au Bartholomew's Hospital.

Beaucoup de catarrhes naso-pharyngiens persistent malgré tous les traitements employés. La cause doit en être attribué à la sténose nasale, celle-ci guérie, l'on voit disparaître le catarrhe.

Parmi les causes de sténose nasale, nous devons signaler les déviations de la cloison, l'hypertrophie locale ou générale des cornets, les diverses formes de polypes, la nécrose, etc. La déviation de la cloison est facile à constater lorsqu'elle siège sur la partie antérieure moins facile quand elle occupe la partie postérieure. L'hypertrophie de la muqueuse des cornets est plus facile à diagnostiquer et peut être plutôt considérée comme l'effet que la cause du catarrhe.

Dans les cas de catarrhe naso-pharyngien rebelle, le praticien doit rechercher la sténose, si elle existe, la traiter; il aura ensuite facilement raison du catarrhe (*The lancet*, décembre 1883).

J. C.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Carmichael. — Des maladies des amygdales chez les enfants (*Edinb. med. journ.*, juillet 1884).

R. Couetoux. — Traitement médical de l'angine pseudo-membraneuse et du croup (*Journ. des sciences méd. de Lille.* N° 16, 20 Août 1884).

Galippe. — De la glossite exfoliatrice marginée (*Journ. des connaissances méd.* 11 septembre 1884).

Kendal Franks. — Excision de toute la langue, de l'amygdale gauche et d'une partie du voile du palais dans un cas de cancer (*The Lancet*, 28 juin 1884).

Krause. — Un cas de lupus de la muqueuse du voile du palais, présenté à la société de médecine de Berlin le 21 mai 1884 (*Deutsch. med. Ztg.* N° 44, 1884).

Lange. — Des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Deutsch. méd. Wochensch.* N° 51 1883).

Pauly. — De l'origine des rétrécissements annulaires syphilitiques du pharynx.

Pivaudran. — De la syphilis des amygdales (*Thèse*. Paris, juillet 1884).

Solis-Cohen. — Mycosis tonsillaire (*The polyclinic Mars*. N° 15, 1884.

Taube. — Origine de la diphtérie du pharynx de l'homme (*Leipzig, C. Reissner édit*. 1884).

Verneuil. — Ulcération syphilitique du voile du palais, division Staphyloraphie (*Gaz. des hôpit*. 11 septembre 1884).

Verneuil. — Polype naso-pharynghen (*Société de chir*. séance du 23 juillet 1884. *Le Courrier méd*. 23 août 1884).

Verstraeten. — Rétrécissement congénital du pharynx (*Annal. et Bull. de la société de médecine de Gand*. 1883).

Walsham, — Un cas de polype naso-pharyngien opéré avec l'écraseur et le thermo-cautère après avoir ouvert le voile du palais et fait la résection de la voûte palatine (*The Lancet*. 19 juillet 1884).

Wheeler. — Deux cas de pharyngotomie (*Acad. of med. in Ireland*., 4 avril, et *The Lancet*, 5 juillet 1884).

Nez.

Bresgen. — Contribution à l'étude étiologique des déformations de la cloison du nez (*Berl. Klin. Wochensch*. N° 10, 1884).

Bresgen. — Du développement d'anomalies de réfraction et de position de l'œil, causées par les maladies du nez. (*Deutsch. med. Wochensch* N° 9, 1884).

Brugelman. — De la nature et du traitement de l'ozène (*Monatssh. f. Ohre h*. N° 5, 1884).

Cicconardi (Giacomo). — Sur un cas d'abcès traumatique et d'hématome de la cloison du nez (*Arch. Ital. di laryngol*. n° 1, Juillet 1884.

Chiari O. — Des polypes du nez (*Deutsch. med. Ztg*. N° 60, 61. 1884).

Chiari, O. — Relations entre les maladies nerveuses et les maladies du nez (*Zétsch. f. Therapie*. N° 5. 1884).

Dominicis (De). — Sur un cas de corps étrangers extrait des fosses nasales (*Arch. Ital. de laryngol*. n° 1, Juillet 1884).

Fraenkel E. — Diagnostic et traitement de certaines maladies des cornets moyens et inférieurs (*Liepzig, Breitkop et Haertel* 1884).

Garrigou-Desarènes et J. Mercié. — Du catarrhe chronique des fosses nasales et le l'ozène; Traitement par la galvano-caustique chimique. Paris, 1884. A. Parent, édit.)

Hartmann. — Abcès de l'orbite après un coryza aigü. (*Berl. Klin. Woschensch*. N° 21, 1884).

Hartmann. — De la blenorrhée fétide avec affection des sinus accessoires et de son traitement (*Tagebl. d. Naturf. Vers. Freiburg*).

Heymann. — Examen du nez et de la cavité naso-pharyngienne. (*Deutsch. med. Ztg*. N° 50, 51, 1884).

Klein. — Un cas d'asthme grave causé par des polypes du nez. (*Vien. Med. Presse*. N° 24. 1884).

Lennox-Browne. — Traitement de la fièvre des foins. (*Brit. med. journ*., 21 Juin 1884.)

John, N. Mackenzie. — Quelques observations sur les effets toxiques du chrome dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc*., N° 4, Septembre 1884).

Marcus. — Des déformations du squelette osseux du nez et de leur traitement chirurgical (*Jena, Pohle édit*. 18*4).

J. Paget. — Quelques remarques sur la fièvre des foins (*Hay fever*). (*Brit. med. journ*., 21 Juin 1884.)

Petrone.— Sur un cas rare de polype myxomateux de la région naso-pharyngienne. (*Arch. Ital. di laring*., n° 1, Juillet 1884.)

POLAILLON. — Restauration du nez. (*Société de chir.* Séance du 13 août 1884. *La France méd.* du 6 septembre 1884).

PRISTLEY-SMITH. — Amaurose occasionnée par un polype du nez et guérie après son extirpation (*Ophtalmic. review.* I, pag. 167-173).

SCHAFFER. — Maladies du nez et les névroses qu'elles peuvent occasionner (*Deutsch. med. Wochensch.* N° 23, 24. 1884).

SCHONDORF. — Des douches nasales (*Deutsch. med. Wochensch.* N° 12, 1884).

SOMMERBRODT. — Communication de guérisons d'états pathologiques occasionnées par des réflexes ayant leur origine dans le nez. (*Berlin. Klin. Wochensch.* N° 10. 1884).

WALDEYER. — De la muqueuse olfactive de l'homme (*Arch. f. Psychol.* XV, N° 1. 1884).

Larynx.

ANGERSTEIN. — Périchondrite du cartilage cricoïde après la fièvre typhoïde avec sténose permanente du larynx. (*Deutsch. milit. arztl. Ztsch.* N° 1, 1884.)

ARIZA. — De l'importance capitale de la laryngoscopique pour faire le diagnostic de quelques maladies extra-laryngées (*Arch. Ital. di laringol.*, n° 1, juillet 1884).

BURNEY YEO. — Du traitement du catarrhe des voies aériennes; de la laryngite catarrhale aiguë et chronique, et de la bronchite aiguë (*Med. Times and. gaz.*, 12 juillet 1884).

H. DAUCHEZ. — Polypes du larynx (papillomes), chez un enfant de 5 ans et demi. (*Paris méd.*, du 6 septembre 1884.)

EXNER. — De l'innervation du larynx. (*Sitzungsber. d. K. Acad. d. Wissench. i. Wien.* V. 1884).

GOTTSTEIN. — Les maladies du larynx, la laryngoscopie et la technique Thérapeutique locale. (*Wien, Toeplitz et Deuticke*, 1884).

GOUGUENHEIM, A. — De l'œdème laryngien dans la tuberculose du larynx. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.* N° 4, septembre 1884.)

GRAZZI. — Histoire clinique de la pénétration dans le larynx d'une pièce de monnaie de 2 centimes extraite, par les voies naturelles, trois jours après son introduction (*Bollet. della malat. de l'Orech.*, n° 4, 1884).

GRAZZI. — De la conduite du Chirurgien dans les cas de pénétration de corps étrangers dans les voies respiratoires (*Bollet. della malat. de l'Orech.*, etc., Florence, n° 5, sept. 1884).

GROSSMANN. — Des corps étrangers du larynx (*Allg. med. zeit.*, n° 39, 23 septembre 1884).

HAHN. — Extirpation d'un larynx carcinomateux. (*Congress d. deutsch Gesellsch. f. Chir.* 16 Avril 1884).

HASLUND. — De la statistique du lupus du larynx. (*Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph.* N° 3, 4. 1884).

KÖRNER. — Suite des contributions à l'étude de l'anatomie et de la physiologie comparée du larynx. (*Frankfurt M. M. Aisterweg*).

MAX. SCHAFFER. — Contribution à l'étude de la question de la paralysie des fibres isolées du laryngé inférieur. (*Berl. Klin. Wochensch.* N° 9, 1884.)

PILTZ. Un cas de paralysie hystérique des cordes vocales chez l'homme. (*Deutsch. med. Zeit*, N° 19, 1884).

RAMON DE LA SOTA Y LASTRA. — Sur un cas rare de paralysie laryngée (*Arch. Ital. di laring.*, n° 1, juillet 1884).

VOLTOLINI. — De la tuberculose du voile du palais et du larynx. (*Br. sl. arztl. Ztsch.* N°s 7, 8, 1884.)

VOLTOLINI. — Quelques remarques sur la Phthisie laryngée et son traitement opératoire. (*Allg. Wien. med. Ztg.* N° 13 u. 14 1884).

ZESAS. — Des résultats obtenus jusqu'à ce jour dans les cas d'extirpation du larynx. (*V. Langenb. Arch.* XXX, 8.)

Trachée.

Bonnet. — Essai sur l'histoire de la trachéotomie. (*Thèse*, Paris, 1884.)

Little. — Rupture traumatique de la trachée. (*New-York, méd. Journ.*, 29 mars 1884.)

Marsh. — Thermo-trachéotomie. (*The Lancet.* 10, 5, 1884.)

Soyer. — De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. (*Thèse*, Paris, Juillet, 1884.)

Oreilles.

Bobone. — Quelques observations relatives à la guérison des complications mastoïdiennes dans les cas d'inflammation de l'oreille moyenne. (*Bollet. del. mal. del orech.*, n° 4, juillet 1884.)

Bride. — Œdème du tympan simulant un polype d'oreille; surdité améliorée par l'électricité et le phosphore. (*Ztsch. f. Ohrenh., Heft.*, 2, 3, 1884.)

G. Brunner. — De la valeur diagnostique de la transmission de sons par l'air et par les os du crâne, et de la modification quantitutive de la perception de sons élevés et de sons graves. (*Ztsch. f. Ohrenh*, *4 Heft*, 1884.)

Clarence J. Blake et G. L. Walton. — Troubles de l'oreille dans l'histérie et l'influence de l'hystérie sur la production des maladies de l'oreille. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., n° 4, septembre 1884.)

Cockle. -- Otorrhée chronique. Apparition soudaine de symptômes cérébraux, mort par thrombose du sinus latéral (*Med. Times and gaz.*, 21 juin 1884).

Dalby. — Contribution à l'étude de la chirurgie auriculaire (perforation de la membrane de Schrapnell) (*The Lancet*, 21, juin 1884).

David C. Cocks. — Exostose pédiculée du conduit auditif externe survenue à la suite d'une suppuration de longue durée. (*Ztsch. f. Ohrenh., Heft.*, 2, 3, 1884.)

Dubranle. — Suppléance de l'ouïe chez les sourds par la lecture, sur les lèvres. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, etc, n° 4, septembre 1884.)

Eckert. — De la maladie de Menière. (Bâle, B. Schwabe).

E. Fraenkel. — De l'influence des traumatismes produits par des corps contondants sur l'oreille externe surtout au point de vue de la formation de l'othecmatome (*Virchow's Archiv. Band*, 95, I 1884.

Gellé. — De l'audition des sons en contact et des sons par influence et de l'action de la tension de membrans sur leur perception. (*La Tribune médicale* du 31 août 1884.)

Gottstein. — Etudes faites jusqu'à ce jour sur l'apparition de bacilles de la tuberculose dans l'otorrhée et de leur valeur pour le diagnostic clinique. *Ztsch. f. Ohrenh. Heft*, 2, 3, 1884.)

Gottstein. — De l'emploi du calomel dans le traitement de l'otorrhée. (*Ztsch. f. Ohrenh. 4 Heft*, 1884.)

Greenberger. — L'institution de New-York pour l'enseignement amélioré des sourd-muets. (*Ztsch. f. Ohrenh. Heft.* 2, 3, 1884.)

Hartmann. — De l'autophonie. (*Tagebl. d. Naturf. Vers. Freiburg.*)

Hartman. — Les maladies d'oreille et leur traitement. (Berlin, *Th. Fischer édit.* 1884, 2e édition).

Hartmann. — Rapport statistique sur les malades traités à la poli-clinique des maladies de l'oreille et du nez pendant l'année 1883. (*Ztsch. f. Ohrenh.* 2, 3 *Heft* 1884.)

Hartmann. — 14 cas de trépanation de l'apophyse mastoïde faits pendant l'année 1883, à la policlinique de Berlin. (*Ztsch. f. Ohrenh., Heft.*, 2, 3, 1884.)

Kuhn. — Un cas de décollement partiel du pavillon de l'oreille. (*Tagebl. d. Naturf. Vers. Freiburg.*)

Kuhn. — Deux cas de trépanation de l'apophyse mastoïde. (*Tagebl. d. Naturf. Vers. Freiburg.*)

Küpper. — 1° Un cas d'épilepsie causé par un corps étranger dans l'oreille. 2° Un cas d'irritation cérébrale causé par un bouchon épidermoïde dans l'oreille. (*Archiv. f. Ohrenh. Band.* XX. Heft III).

Ladreit de Larcharrière. — Des différentes espèces de bruits subjectifs et leur traitement. (*Annales des mal. de l'oreille* du *larynx* etc. N° 4, septembre 1884).

Loewe, L. — Traité des maladies d'oreille (*Berlin, G. Hempel,* édit. 1884.)

Lual A. — De l'origine et du traitement des bruits subjectifs, (1884. *Berlin, O. Enslin,* édit.)

Moresco. — Catarrhe purulent de l'oreille moyenne avec pharyngite perforante. Guérison. (*Anal. de Otol. y laring.* N° 3, mars 1884.)

Michael. — Des bourdonnements. (*Deutsch. med. Ztg.* n° 26, 1884).

Moos et Steinbrügge. — Les résultats de l'examen de quatre rochers de deux sourds-muets (avec trois planches) (*Ztsch f. Ohrenh. 4 Heft,* 1884.)

Osili da Melia. — De l'Iodoforme dans l'otorrhée. (*Il siglo médico.*)

Politzer. — Nouvel instrument acoustique pour les personnes atteintes de surdité. (*Wien med. Wochensch.* N° 22, 1884.)

Schwabach. — Des troubles permanents de l'organe de l'ouïe à la suite de l'emploi de quinine et d'acide salicylique. (*Deutsch. med. Wochenschr*). n° 11 1884).

Schwartze. — Des maladies chirurgicales de l'oreille. (F. Enke, éditeur, Stuttgart).

Snyers. — Fracture bilatérale de la paroi antérieure du conduit auditif externe consécutive à une chute sur le menton. *Liège.* Discussion de la société des otologistes amicaux de Strasbourg, 14 Avril, 1884. (*Corresp.-Bl f. schweiz. Arzte*)

Steinbrügge. — De la structure cellulaire de l'organe de Corti chez l'homme (*Ztsch f. Ohrenh Heft.* 2, 3, 1884.)

Tafani. — De l'organe de Corti chez les singes. (*Suite Bollet. del. mal. de l'orech. etc.*, n°s 4 et 5 juillet et septembre 1884.)

Tangemann. — Tympan remplacé par greffe épidermique. (*Ztsch. f. Ohrenh. Heft,* 2, 3, 1884.)

Urbantschitsch. — Traité d'otologie (2e *édit. Wien, Urban* et *Schwarzenberg.*)

Verdos y Mauri. — Des modifications de la voix dans les maladies de l'oreille. (*Anal. de Otol. y laring.*, n° 3, mars 1884.)

Zucker. — De la syphilis de l'oreille externe. (*Ztsch. f. Ohrenh., Heft.*, 2, 3, 1884).

Varia.

Baumgarten. — Histogenèse du processus tuberculeux (*Cbl. f. Klin. Med.* n° 15, 1884).

Bauwens. — De l'iode et de l'ergotine d'Yvon dans le goître. (Extrait du *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*). Manceaux, 1884.

Berger. — Paralysies labio-glosso-pharyngea d'origine cérébrale (paralysie pseudo-bulbaire). (*Bresl. arztl. Ztsch,* n° 3, 1884).

Bertin. — Tumeur érectile de la région parotidienne (*Le Concours méd.*, du 30 Août 1884.

Bocna. — Des kystes sérieux congénitaires du cou (*Thèse,* Paris. 1884.)

P. Berthod. — Triple angiome de la langue traité par les injections de tannin au 1/10e et le thermo-cautère (*Gaz. méd. de Paris,* du 20 Septembre 1884).

H. Birchu. — Le goître endémique et ses relations avec la surdi-mutité et et le crétinisme de Bâle (*Benno Schwable* 1883 *et Centrabl. f. chir.* n° 41, 1883).

BOECK. — Erythème multiforme et purpura rhumatoïde causés par des inflammations de la gorge. (*Viert ljahrss. hr. f. Dermatol. u. Syph.*, nos 3, 4, 1884.)

BREDA. — Contribution à l'étude de pathologie de la glande intra-musculaire de la langue (*France méd.* 13 Décembre, 1884).

BRÜGELMANN. — Origine et traitement de l'asthme bronchique. (*Deutsch. med. Ztg.*, nos 55, 56, 1884.)

CHIARI. — D'une forme rare de diverticule de l'œsophage. (*Prager med. Wochensch.*, n° 2, 1884.)

CREDÉ. — De l'extirpation du goître (*Congress d. deutsch. Gesellsch. f. Chir.* 16 Avril 1884).

EICHSTAEDT. — De la diphtérie. Ses causes et sa guérison (Berlin, 1884, H. Peters édit.)

EPSTEIN. — L'étiologie de quelques maladies de la bouche et l'hygiène de la cavité buccale chez les nouveau-nés. (*Prager med. Wochensch.*, n° 13, 1884.)

GUTTMANN. — Instrument pour badigeonner l'arrière-gorge des enfants. (*Hygieinische Rundschau*, n° 7, 1884.)

HUTCHINSON. — Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire (Paris, 1884, A. Delahaye, I Lecrosnier, éditeur.)

KÖBNER. — Lichen ruber planus de la muqueuse de la cavité buccale surtout de la langue (*Berl. med. Gesellsch.* 25 Juin 1884. *Deutsch. med. Ztg.* n° 54, 1884).

KÖLLIKER. — De la morphologie du bec de lièvre (*Leipzig med. Gesellsch.* 27 Mai 1884. *Deutsch med. Ztg.* n° 54, 1884).

LÖFFLER. — De l'étiologie de la diphtérie (*Congress f. inn. Med. in Berlin, Sitz v.* 22 Avril, 1884). *Deutsch. Med. Ztg.* n° 34, 1884.

MEULI. — Des fonctions de la glande thyroïde. (*Pflüger's Arch. f. d. ges. physiol.* Band, 33, 1884.)

MOEBIUS. — De la pathologie du nerf sympathique du cou. (*Berl. Clin. Wochensch.* n° 15, 1883).

MONTI. — Croup et diphtérie dans l'âge infantile (*Wien. u Leipzig*, 1884. Urban, et Schwarzenberg).

MORELL-MACKENZIE. — Les maladies de l'œsophage, du nez et de la cavité naso-pharyngienne. Traduit en allemand par F. Semon. (*Berlin*, A. *Hirschwald* édit., 1884.)

MUNK. — Des organes centraux pour la vue et pour l'ouïe. (*Sitzungs Bericht der Berl. Academie de Wissenschafen*, 12 Juillet 1883).

NETTLESHIP. — Névrite optique et écoulement du nez. (*Ophtalmic. reviw II*, pages 1 et 4.)

OZENNE. — Du cancer chez les syphilitiques. De l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier. (Thèse n° 138, Paris, A. Parent.)

PINNER. — Du goître (*Deutsch. Med. Ztg.* nos 17, 18, 19, 1884).

PRISTLEY SMITH. — Névrite et atrophie optique et symptômes cérébraux accompagnés d'un écoulement du nez continuel et abondant. (*Ophtalmic review*, II, pages 4, 11.)

ROCHESTER. — Pathologie et guérison radicale de la fièvre de foin. (*New-York med. journ.* 10, 5, 1884).

ROTHE. — Diphtérie. Son origine, sa prophylaxie et son traitement. (2. *Aufl. Leipzig, Abel, édit.*)

SCHMIDT. — Du traitement de goitres parenchymateux. (*Deutsch. med. Wochensch.* n° 8, 1884.)

SEIFFERT O. — De la fièvre de foin. (*Leipzig, Breitkopfet Haertel édit.*)

SEMON, F. — (*Journal central international de laryngol., rhinol.*, etc. nos 1, 2, 3, 1884. *Berlin, A. Hirschwald, édit.*)

SONNENBURG. — Du traitement opératoire des carcinomes de l'œsophage. (*Berl. med. Gesellsch.* du 9 Juillet 1884. *Deutsch. med. Ztg.*, n° 58, 1884.)

TERILLON. — L'hypertrophie simple du corps thyroïde, le goître et ses variétés (*Gaz. des hôpit.* du 2 Septembre 1884).

THIROUX. — Contribution au traitement du goître par l'iodoforme. (*Thèse*, Paris, Juin 1884.)

VERNEUIL. — Kystes du maxillaire supérieur (*Gaz. des hôp.* du 29 Juillet 1884).

ZESAS. — L'ablation de la glande thyroïde est-elle un acte permis au point de vue de la physiologie (*v. Langenbecks Arch.* XXX, 2).

WEICHSELBAUM. — De la tuberculose de l'œsophage (*Wien. med. Wochenschr*, nos 6, 7, 1884).

Des végétations adénoïdes.

Dans notre compte-rendu du Congrès international des Sciences médicales de Copenhague, nous avons omis à dessein la publication d'une poésie allemande chantée au banquet offert aux membres du Bureau de la Section de Laryngologie. C'est que nous voulions pouvoir en même temps publier la traduction en vers de cette pièce pleine de verve et d'esprit. Elle perd beaucoup à passer de l'allemand en français; la très libre traduction que nous en donnons ici pourra cependant donner au lecteur Français une idée assez exacte de ce petit poème que nous regrettons de ne pouvoir rendre d'une façon plus complète.

Toutefois ceux d'entre eux qui ont assisté à ces fêtes vraiment magnifiques nous sauront gré, nous en sommes sûrs, de réveiller le souvenir d'instants qui ont été pour eux si agréables.

Caché par les fosses nasales,
Il est un antre inexploré,
Aux longs et sinueux dédales,
Et de tous jadis ignoré.

Car, il fallut que Meyer vienne,
Rempli d'une sublime ardeur,
Faire connaître ta splendeur,
Cavité naso-pharyngienne!

Un jour une fille, l'air triste
Sourde, sotte et parlant du nez,
Vint trouver notre spécialiste,
Il était dans son cabinet.

Elle avait une peine extrême,
A prononcer le mot Meyer;
Elle tournait en *B* les *M*,
Et chacun comprenait Beyer.

De plus, elle n'était pas belle
Et je n'essaierai certes pas,
De décrire, peintre fidèle,
Ce qui manquait à ses appas.

Mais sans s'arrêter à la mine,
Sans contempler son teint pâli,
Meyer, aussitôt l'examine
Et trouve le corps du délit.

In der Nase tiefsten Gründen
Ist ein wunderschöner Ort,
Und dies Lied soll euch verkünden,
Was geschehen alles dort.
Früher dachte jemand kaum
An den Nasenrachenraum.

Bis einmal bei Herrn Meyer
Sich ein Mädchen eingestellt,
Die war taub ganz ungeheuer
Manches andere ihr noch fehlt.
Schön zum Beispiel war sie nicht,
Dumm dagegen ihr Gesicht.

In die Welt blickt sie apathisch,
Athmet durch den Mund sogar,
War indessen nicht asthmatisch,
Weil das noch nicht Mode war.
« M » und « N» das sprach sie nie
« Beyer » sagt statt « Meyer » sie!

Meyer nun mit seinem Finger
Untersuchte digital,
Und die sonderbarsten Dinger
Fand er dort in grosser Zahl.
Hierauf sagt er sich sogleich,
« Passt nur auf, gleich hab' ich euch »

« Parlez docteur, je serai brave,
» Dit-elle, que puis-je espérer? »
« Guérir, dit Meyer, d'un air grave
» Mais il faudra vous opérer. »

Aussitôt prenant sa curette,
Il détruit la végétation,
Et délivre ainsi la fillette.
Après cette opération,

On la voit parler à merveille
Son intelligence renait,
Elle retrouve son oreille,
Elle respire par le nez.

Messieurs, vous savez que l'usage,
Veut qu'une histoire ou qu'un roman
Finisse par un mariage,
Et qu'il n'en peut être autrement.

Il en fut de même pour elle,
Un amoureux le lendemain
Lui promettant d'être fidèle,
Accourut demander sa main.

Meyer a leur photographie,
Ils ne sont ma foi pas trop mal;
Au reste on sait que la copie
Ne vaut jamais l'original.

Et depuis lors les spécialistes
Voient chaque jour venir chez eux
Des filles qui rentrent fort tristes
Et qui sortent d'un air joyeux.

Aussi j'accorderai ma lyre
Pour vous chanter végétations!
Je veux que mes chants en délire,
Vous révèlent aux nations.

Virgile a chanté d'Eurydice,
Et les amours et le trépas,
Le Dante a de Béatrice,
Célébré les divins appas.

Beethoven eut Adélaïde,
Musset chanta Mimi Pinson,
Po r moi je veux qu'Adénoïde
Soit le sujet de ma chanson.

Que chacun maintenant s'apprête
A boire en l'honneur de Meyer,
Et pour terminer cette fête
Que chacun dise heureux et fier :

Und mit dem beringten Messer
Kratzte er das Mädchen aus,
Gleich hört die Patientin besser
Und sah gleich ganz reizend aus.
Ihre Sprache ist gesund,
Und sie athmet durch den Mund.

Und sie sprach : Ich danke herzlich'
Der Erfolg ist wunderbar,
Freilich war die Sache schmerzlich,
Doch die Stimme ist jetzt klar.
Gleich kommt auch ein junger Mann.
Bietet Hand und Herz ihr an.

Im Archiv von Herrn Schwartze
Hat Herr Meyer nun erzählt :
« Die Patientin besser ward se »
« Und sogar ist sie vermählt »
« Und als Brautpaar ihn und sie »
« Zeigt uns die Photographiè ».

Viele, die nach einem Freier
Lang vergeblich blickten aus,
Sprachen : « O du guter Meyer »
« Kratz' uns auch die Nase aus ».
Meyer hat dies auch vollführt
Und zweihundert operirt.

Und in allen Regionen,
Wo es Specialisten giebt,
Haben an Vegetationen
Ihren Scharfsinn sie geübt.
Und sie bringen manchmal gar
Uns ein grosses Honorar.

D'rum für Euch, Ihr Wucherungen,
Glüh' ich wie ein Kauter heiss,
D'rum sei euer Lob gesungen
Töne euer höchster Preis;
Und im Beethovenschen Liede
Schlösse ich : « Adenoide ».

Darum gilt die heut'ge Feier
Jenem lieben, braven Mann,
Dem Professor Wilhelm Meyer
Der so viel für uns gethan,
Ihm und seinen Secretären
Die wir Alle hoch verehren.

Und weil mit der todten Sprache
Meyer uns bekannt gemacht,
D'rum in einer todten Sprache
Sei ein Hoch ihm jetzt gebracht :

« Meyer semper valeat ! »
« Vivat ! crescat ! floréat. »

Chanter sur l'air de la mélodie : *In der grossen Seestadt Leipzig, etc.*

D^r X***

Le propriétaire gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

5e Année. Nº 11. 1er Novembre 1884.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Des hallucinations de l'ouïe et de la fausse audition, chez les musiciens et les chanteurs, due à l'autophonie, dans les maladies de l'oreille.

Par le Dr Samuel Sexton M. D., chirurgien auriste à l'hôpital des maladies des yeux et des oreilles, de New-York.

(Traduit de l'anglais, par J. Charazac.)

J'ai été souvent frappé de la gêne que ressentent les musiciens et les chanteurs, de certaines lésions de leur fonction auditive. Quelques-uns des troubles qu'ils éprouvent ont été décrits dans une note « sur la fausse audition et l'autophonie chez les chanteurs, les orateurs et les musiciens », note, lue devant l'Académie de Médecine de New-York, et publiée par le « Médical Record », 22 janvier 1881. Depuis lors, un journal de musique « The Keynote », dans son numéro de février 1884, rappelant la note ci-dessus en donna l'extrait suivant sous le titre : *Chant sans mesure.*

« La difficulté qu'éprouvent souvent les chanteurs à

» prendre la note, telle qu'elle est généralement acceptée, » a été expliquée de différentes façons et présente un » sujet digne d'intérêt pour tous ceux qu'elle concerne, » tant pour les musiciens de profession que pour les » praticiens. Les chanteurs à qui les médecins avaient » assuré, que la gêne qu'ils éprouvaient était due à une » affection intercurrente des cordes vocales, avaient » aussi remarqué fort souvent qu'ils n'éprouvaient au- » cune amélioration du traitement de leur gorge, alors » même que l'enrouement et la difficulté d'énonciation » qui en étaient la conséquence avaient été guéris. La » cause devait en être cherchée dans l'oreille et je n'en » veux pour preuve que ce fait, à savoir que le traitement » de ce dernier organe ramène souvent une audition » normale. On peut expliquer le *modus operandi* de cette » fausse audition de la façon suivante : certains troubles » de l'organe de l'ouïe permettent à une partie des ondes » sonores de s'introduire par ce que nous pourrions » appeler la porte de derrière de l'oreille, au lieu de » sortir simplement de la bouche pour résonner tout » autour et frapper le tympan d'une façon normale. En » d'autres termes, lorsque l'artiste commence à chanter, » la voix est portée par la colonne d'air, directement en » haut jusqu'à la voûte qui limite le sommet du pharynx. » De là, les vibrations qui la composent non-seulement » s'échappent au dehors par l'orifice buccal, mais encore, » abandonnent la colonne d'air, et dans leur ascension, » se propagent à travers les parties solides du crâne, » d'où elles atteignent l'orifice postérieur de l'oreille, à » l'état normal toujours fermé au son, mais qui dans ces » cas-là se trouve ouvert et donne à la voix un libre » passage. C'est la pénétration du son par cet orifice » postérieur, qui fait naître les troubles que nous étu- » dions, puisque le chanteur ne peut percevoir au même » moment les notes qui le frappent en face et font vibrer » son tympan. La durée d'une telle confusion et d'un » trouble si gênant pour une oreille juste, dépend des » causes qui produisent cette pénétration anormale du » son dans l'oreille. En pratique, le chanteur remarque » que la fausse audition se produit à un point donné de

» la gamme, probablement sous l'influence de l'intensité
» du son et que c'est lorsqu'il donne certaines notes, que
» la voix résonne faux dans une, ou dans les deux
» oreilles, si les deux sont malades. Il ne peut ni prendre
» une note avec confiance en lui-même, ni soutenir le
» ton à l'unisson de la voix ou des instruments. Ce
» trouble de l'audition présente, cette particularité
» singulière, qu'il n'est pas constant et peut survenir à la
» suite d'un léger rhume de cerveau. Il ne tarde pas
» toutefois à devenir permanent et à constituer un
» sérieux désordre, si on ne l'arrête promptement. Inutile
» d'ajouter que ce sont les musiciens et les acteurs qui
» présentent le plus souvent cette curieuse anomalie. »

De la description qui précède, il paraîtrait résulter que le son de la voix peut, sous l'influence de conditions favorables, passer aussi du larynx à l'oreille par la trompe d'Eustache ; c'est là un mode de transmission aérienne et lorsqu'il coïncide avec la transmission qui se fait à travers les parties solides, il en résulte une interférence, occasionnée par les différents tons entendus au même moment, qui amène une confusion de l'ouïe. L'autophonie peut d'ailleurs se produire à la suite d'une inflammation aiguë de l'oreille avec occlusion de la trompe d'Eustache, le conduit aérien ne servant pas alors au passage du son.

Au reste, les conséquences de la fausse audition peuvent être graves, et empêcher, ainsi qu'on l'a démontré, toute harmonie dans le chant, les phénomènes acoustiques accompagnant surtout une lésion confirmée des parties constituantes de l'oreille, sont d'autant plus à redouter que les organes de transmission sont toujours alors moins sensibles à l'influence des ondes sonores, et que les impressions harmonieuses n'agissent pas profondément sur le sens musical : chanter ou jouer d'un instrument de musique est alors non-seulement impossible, mais encore la simple perception de la musique produit des sensations désagréables. Il me semble que dans certains troubles produits par la maladie et nuisant à l'euphonie auditive, la *porte de derrière* de cet organe est largement ouverte à l'effrayant vacarme des sons discordants, et qu'en dehors du trouble qu'apporte l'autophonie

vocale, l'oreille perçoit encore les sons qui se propagent du fait des mouvements circulatoires très-actifs qui ont lieu sans interruption, bien qu'à l'état de santé ils ne soient pas perçus, dans les vaisseaux sanguins dont le trajet est situé près de l'oreille, dans deux d'entre eux, surtout la carotide et la temporale coulent avec rapidité de larges courants sanguins. Ils produisent dans les oreilles des bruits semblables à celui de l'eau qui court ou qui tombe, des vagues de la mer, du vent qui souffle dans une forêt à travers les branches des arbres, ou au bruit de sifflet perçant que produit la vapeur qui s'échappe; et même le bruit léger que fait naître les petites artères, ou le murmure qui se produit dans les grosses veines où la circulation se fait lentement, sont facilement perçus. Le bruit entendu, paraît parfois hors de proportion avec la cause qui le produit en particulier chez les sujets nerveux, les vibrations causées par un large courant sanguin ou par l'autophonie vocale paraissent souvent avoir l'éclat du tonnerre ou celui d'une décharge d'artillerie, les oreilles sont alors déchirées et fendues par l'éclatante résonnance du son. J'ai souvent rencontré des personnes qui me disaient que les sensations qu'elles éprouvaient pouvaient être comparées au bruit impétueux et assourdissant d'un railway, qui roulerait dans l'intérieur de leur tête. On ne peut mieux comprendre le désagréable effet de cette assourdissante et perçante répercussion des sons, que si l'on considère que dans l'autophonie, la tête peut-être comparée a un caveau remplie d'échos et dans laquelle se manifestent subitement et d'eux-mêmes, les bruits les plus violents, tels que le bruit d'une porte qui se ferme avec fracas, des bruits de craquement, de claquement, de coups de marteau, de verres qui se choquent, le grondement de la tempête, le roulement d'une voiture, le sifflement d'une locomotive. Tous les troubles acoustiques imaginables, paraissent en effet pouvoir se produire, chez les sujets atteints de cette affection. Il est en outre facile de comprendre que le choc des vibrations autophoniques, puisse donner naissance à des troubles cérébraux, bien qu'il n'arrive que rarement à rendre le sujet inconscient. Ces troubles peuvent mettre un temps considérable à se produire, un chant ou un

bruit léger pouvant avoir lieu sans causer une grande gène au malade : mais tôt ou tard il survient une aggravation. Les troubles auditifs augmentent tout d'abord sous l'influence d'une cause quelconque : d'un refroidissement suivi de catarrhe de l'oreille, ou d'un trouble intellectuel, excès de travail, chagrin ou toute autre cause de ce genre. Chez les femmes la période menstruelle est souvent le point du départ d'une attaque. Chose remarquable dans l'immense majorité des cas *l'audition est meilleure au milieu du bruit*, et les malades n'en éprouvent qu'un léger inconvénient.

Comme nons l'avons déjà fait remarquer, l'attaque survient d'ordinaire pendant le sommeil ou au repos; elle débute souvent par « un flot de sang à la tête, » du vertige et une grande excitation nerveuse. De si douloureuses et si inquiétantes épreuves, ont pour résultat de produire des hallucinations chez les personnes qui se sont adonnées pendant une grande partie de leur vie, à l'étude des lois de l'harmonie.

Pour bien faire comprendre la façon dont ces troubles se produisent dans ces cas-là, il me parait utile d'insister ici, et en peu de mots, sur un ou deux points concernant l'autophonie ou fausse audition. L'autophonie comprend naturellement, les *bourdonnements d'oreille*, bien que ces derniers paraissent être des manifestations de bruits factices et illusoires; si nous considérons, en effet, leur mode de production, nous voyons que ce sont des phénomènes très réels, puisque les vibrations ondulatoires qui leur donnent naissance sont toujours propagées par les agents physique. En d'autres termes, le son et les bruits dans les oreilles (et la tête) ne sont jamais perçus sans avoir été produits par un mouvement vibratoire, né de la parole, de la respiration ou de la circulation. Le malade qui éprouve de si étranges phénomènes, (percevant des bruits qui ne lui paraissent pas naturels) ne peut s'en débarrasser tant que la lésion de l'oreille empêche la transmission normale. Après cette courte digression, reprenons l'étude de la période d'hallucination ou d'exacerbation, à laquelle nous avons fait allusion précédemment et qui succède à la « *tempête* » nerveuse « *storm nervous.* »

Elle consiste en une période de repos relatif, l'auto-

phonie est moins marquée, et il existe des intervalles de temps plus ou moins longs, dans lesquels elle fait absolument défaut, et c'est alors que l'intelligence, bien que n'étant pas assez troublée par le bruit, pour arriver à une complète aliénation mentale, subit toutefois d'étranges désordres et c'est justement alors que le malade est fréquemment sujet à de véritables « absences d'esprit » et éprouve d'étranges hallucinations.

Dans ces conditions, les phénomènes acoustiques qu'éprouvent les musiciens, revêtent encore une forme harmonieuse ; c'est ainsi que le flot, quelque peu rhytmique, du sang qui circule dans les larges vaisseaux situés sur le côté de l'oreille, donne naissance à des hallucinations sonores semblables au murmure des vagues ou au souffle des zéphirs. Il est d'autres sons, qui ne ressemblent en rien à ceux que produisent le mouvement d'un liquide dans des vaisseaux clos, ou les vibrations de l'air, mais qui présentent un timbre métallique semblable, par exemple, aux dernières vibrations sonores que produit le battant d'une grosse cloche. Ils entendent aussi d'autres sons, très intenses, très aigus, et pouvant être comparés au chant du grillon. Et il ne faut pas un grand effort d'imagination, même chez les personnes qui n'éprouvent pas de très forts bourdonnements, pour qu'elles croient entendre des bruits musicaux.

Chez quelques individus impressionnables, le plus simple incident, tel que le chant d'un oiseau, ou la vue d'une église dans laquelle se trouve un orgue, suffit à faire naître des bruits harmonieux, et chez eux le simple souvenir, peut éveiller un air connu.

Une fois la première note donnée, leur imagination suffit à les bercer des plus décevantes hallucinations. Les autres observateurs, aussi bien que moi, ont remarqué que l'autophonie pouvait se produire chez des gens grossiers et sans éducation, mais que les phénomènes acoustiques étaient alors tout différents de ce qu'ils sont chez les musiciens et chez les gens ayant reçus une éducation élevée. Chez les premiers, en effet, l'autophonie a souvent pour effet de produire de hideuses et sataniques hallucinations.

Nous allons maintenant citer quelques cas d'halluci-

nations de l'ouïe produits sous l'influence de phénomènes acoustiques semblables à ceux dont nous venons de parler.

Observation I.

En 1877, un de mes amis, âgé de soixante-sept ans, aimant la musique avec passion, et jouant lui-même de la flûte avec un incontestable talent, devint sujet à des troubles auditifs, à la suite de fréquentes attaques de violent mal de tête, accompagnées de surdité très prononcée, mais passagère, qu'il attribuait en grande partie à son séjour, pendant la plus grande partie de son temps, dans l'atmosphère chaude de ses appartements. Ses affaires, à cette époque, lui causaient beaucoup de travail et de tracas. Après avoir éprouvé pendant six ans environ un bourdonnement fort ennuyeux — les bruits ressemblaient au son de l'eau qui tombe — il sentit la surdité de l'oreille gauche augmenter beaucoup, et deux mois après il vint me consulter se plaignant surtout de vertige et d'incertitude de la marche. Les vertiges étaient alors très accentués, à ce point qu'en une circonstance il était tombé sur le côté, et qu'une autre fois l'attaque avait été assez grave, pour qu'il dût requérir l'aide d'un de ses amis qui passait, lequel, hèla une voiture et le reconduisit jusqu'à sa demeure. A cette époque, son agitation s'accentua et il éprouva diverses hallucinations : sa tête, par exemple, lui semblait pleine des bruits de la rue, et il lui suffisait de voir une église pour entendre le son de l'orgue dans l'oreille (gauche) malade. Très souvent, lorsqu'il passait dans la rue, et même chez lui, il croyait entendre certaines notes de l'orgue. Au reste, aucun autre instrument ne paraissait agir avec autant de force sur son imagination, ni troubler si facilement son oreille; de plus, la musique de l'orgue était parfois composée de faux accords, dont la perception incomplète et discordante, l'impressionnait très désagréablement. Ce qui le gênait le plus, toutefois, c'était d'entendre dans son oreille le chant du *canari*, bruit qui n'existait réellement pas, bien qu'il eût juré entendre ces oiseaux chanter derrière lui.

Nous ferons remarquer à ce sujet que le chant du canari n'aurait pas dû produire en lui de sensation désagréable, la qualité distinctive du chant de cet animal ne consiste pas, en

effet, en un flot continu de mélodie, mais est composé d'une série de trilles harmonieux, semblables à ceux qu'on pourrait exécuter avec un instrument d'un diapason élevé, tel que le hautbois. Les illusions musicales qu'il éprouvait, n'étaient pas toutes désagréables, mais l'autophonie, les hallucinations, jointes aux difficultés financières qu'il éprouvait en ce moment, agissaient sur son système nerveux et lui rendaient la vie tout à fait insupportable. Il se rendit uu jour à un concert dans le but de se distraire et de trouver un agréable passe-temps. Mais la musique lui parut discordante et il en fut bien plus troublé que charmé; bref, elle fut pour lui si pénible, qu'il dût sortir de la salle.

Depuis lors et sous l'influence du traitement, l'état de ce malade s'est beaucoup amélioré. Les bourdonnements ont toutefois persisté, ainsi qu'un certain degré de surdité, sensible surtout pendant la conversation; mais les hallucinations n'ont pas reparu, et il écoute maintenant la musique avec plaisir.

Observation II

Le sujet de cette observation est une dame, âgée de cinquante ans, qui vint me trouver en 1877. Elle se plaignait de surdité accompagnée de bourdonnements, qui duraient depuis plusieurs années, et qui avaient éte suivis d'attaques, semblables à celles que nous venons de rapporter dans le cas précédent, et accompagnées de rougeurs de la face et de la tête, de vertiges, et d'un état nerveux très accentué.

Les bourdonnements qu'elle éprouvait étaient fort pénibles; ce sont des bruits effrayants, disait-elle elle-même, et semblables parfois au fracas d'un train chargé de marchandises, et d'autres fois au bruit que feraient des tonneaux roulant sur le parquet. Elle entendait aussi quelquefois le bruit de l'eau qui tombe ou le sifflement de la vapeur qui s'échappe de la chaudière d'un steamer, et d'autres bruits tout aussi désagréables. Enfin, après plusieurs attaques successives, elle éprouva pendant quelque temps un calme relatif, bientôt suivi d'hallucinations auditives, pendant lesquelles elle croyait entendre chanter des chœurs d'église, dans l'oreille gauche (c'était l'oreille malade). Ces hallucinations, elle les éprouvait lorsqu'elle était retirée dans ses appartements ou pendant le repos de la nuit.

Chose singulière, dans le cas qui nous occupe, lorsque la malade était dans la rue ou voyageait en chemin de fer, ou bien lorsqu'elle se trouvait au milieu d'un grand bruit, non-seulement elle entendait beaucoup mieux, mais les pénibles phénomènes acoustiques que nous venons de décrire, disparaissaient tout-à-fait.

Observation III

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un Allemand âgé de soixante-douze ans, qui avait été un musicien remarquable. Arrivé au déclin de la vie, il éprouva des hallucinations d'une intensité remarquable. Je le vis pour la première fois en février 1884, et il me raconta l'histoire suivante : Sa santé générale a toujours été bonne, mais il a souffert d'un catarrhe nasal, qui pendant les périodes d'exacerbation, amenait une dureté de l'ouïe pour les sons ordinaires et de l'autophonie, à tel point qu'il lui était impossible de distinguer les notes du piano. Pendant les cinq dernières années, il a éprouvé très-fréquemment de violentes douleurs dans les deux oreilles. La surdité a considérablement augmenté dans la dernière année, et pour ce motif le malade a dû renoncer à la musique.

Depuis cette époque, il lui est impossible de distinguer exactement le ton d'une note « à savoir si elle est élevée ou grave ». A l'examen, le tympan présente les traces d'un catarrhe de l'oreille très ancien. L'autophonie est très marquée, les bourdonnements constants, et en élevant la voix très-haut, on ne peut se faire entendre à plus de dix pas de distance, pour les deux oreilles. Je remarque qu'il peut distinguer sur le piano, une note juste d'une note fausse, pourvu qu'elle soit émise avec assez d'intensité pour être entendue distinctement. Mais il se trompe lorsqu'il cherche à trouver la différence qui existe entre un accord tout à fait juste et un autre rendu faux par l'adjonction d'une ou plusieurs notes discordantes. Pour ce qui est des hallucinations, le patient en a éprouvé pendant les quatre dernières années, mais c'est surtout dans la dernière qu'il a ressenti des hallucinations musicales particulièrement marquées. Il a remarqué qu'après avoir composé un morceau, s'il commence à l'exécuter sur le piano, pour cesser après les deux ou trois premiè-

res mesures, le reste du morceau est immédiatement complété avec un accompagnement d'orchestre, qui lui paraît être très juste.

Lorsqu'il est seul dans sa chambre, il lui semble entendre des airs d'orchestre, qui lui sont familiers, et si quelque partie est rendue d'une façon incorrecte, il se fait aussitôt à lui même cette remarque « ce passage est incorrectement joué », et aussitôt le morceau est répété, et cette fois d'une façon très juste. Il lui suffit de penser à un air, pour qu'il se produise dans son oreille, sous la forme d'une audition soit instrumentale, soit vocale. Il s'imagine parfois entendre sa fille, qui est morte depuis un an, chanter près de lui les airs qui lui étaient familiers. Les bruits de la rue, tels que le roulement d'un charriot, d'une diligence, d'une voiture, produisent chez lui les intonations et les notes d'un orchestre complet.

Il est des moments ou après avoir fait l'insufflation de valsalva, ou un mouvement de déglutition, les bruits de la rue, que nous avons ci-dessus mentionnés, s'arrêtent complètement. Le malade considère ces bourdonnements (etc) comme des bruits subjectifs et imaginaires, tandis qu'il croit fermement que les tons et les bruits musicaux sont produits par des visiteurs imaginaires, en d'autres termes qu'ils se produisent réellement (1).

CONCLUSIONS

L'autophonie peut survenir au cours d'une maladie aiguë ou chronique de l'oreille moyenne, et il est fréquent de la voir apparaître dans un catarrhe simple de l'oreille, consécutif ou indépendant du coryza, aussi bien que dans les maladies les plus graves de l'appareil auditif.

Quand elle se produit chez les chanteurs ou les musiciens, le chant ou l'exécution instrumentale sont impossibles.

Quand la partie de l'oreille qui donne naissance à ces symptômes est plus gravement affectée, les troubles intellectuels augmentent, et il peut survenir chez les personnes nerveuses des hallucinations de l'ouïe.

(1) Mes plus sincères remerciments à mon assistant le D[r] W. Barlett, qui a mis complaisamment à ma disposition, ses notes sur ce cas intéressant.

Les personnes affectées de ces troubles, leur assignent très fréquemment pour origine, une lésion de l'organe vocal, mais le traitement basé sur cette opinion est impuissant, et elles ne peuvent espérer d'être guéries, que si elles portent leur attention sur l'organe de l'audition.

Des lésions de la gorge existent toutefois plus fréquemment chez les individus qui présentent en même temps des névroses de l'oreille.

Quand les attaques sont légères, le pronostic est favorable, les symptômes disparaissent sous l'influence d'un traitement approprié, mais dans des cas graves, le malade peut être débarassé des hallucinations et des troubles nerveux les plus accentués, mais l'autophonie, les bourdonnements et une surdité plus ou moins grande persistent, surtout chez les personnes avancées en âge.

Dans aucun des cas d'hallucination de l'oreille observés par l'auteur, il n'a été nécessaire d'enfermer le malade, mais lorsque les vertiges sont très-accentués, on doit exiger que le patient soit accompagné lorsqu'il est dans la rue, qu'il descend un escalier, etc. Dans le traitement des affections de ce genre on doit se préoccuper, de l'état de relâchement de la membrane du tympan.

Autophonie. — Il nous paraît utile, de bien définir le sens dans lequel nous avons employé ce terme dans ce travail. Pour nous, l'autophonie est le phénomène qui se produit, quand le sujet, lorsqu'il parle ou lorsqu'il chante, entend le son comme s'il venait de l'intérieur du crâne au lieu de sortir de la bouche et de frapper l'oreille comme cela a lieu normalement. La voix du malade peut toutefois être entendue par les autres. En dehors des bourdonnements, que nous considérons dans ce travail comme des symptômes de l'autophonie, il existe presque toujours une sensation indéfinissable d'engourdissement ou de silence dans la région de l'oreille, sensation qui fait que les malades n'ont plus une entière confiance en la certitude de leur audition.

S. Sexton

Quelques remarques sur les rhinolithes;

Par le Dr Schmiegelow, de Copenhague (1).

Messieurs,

J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur une classe spéciale de corps étrangers qu'on rencontre dans les voies respiratoires et désignés sous le nom de *rhinolithes*. La raison qui me conduit à vous faire cette communication, est la rareté relativement grande de ces cas, qui causent souvent de grandes difficultés de diagnostic et qui sont également désagréables pour le médecin et le malade.

L'idée de cet écrit m'a été suggérée par un cas remarquablement curieux, que j'ai eu la chance de pouvoir observer et traiter au commencement de cette année, et dont, avec votre permission, je vais vous faire la relation succincte.

OBSERVATION

Le 25 janvier 1884, je fus consulté par un homme de 58 ans, qui depuis 16 ans souffrait d'un écoulement purulent et fétide de la narine gauche, compliqué d'une obstruction complète de cette moitié du nez. A part cela, il était très bien portant et ne se plaignait de rien. Le symptôme suivant lui causait seulement une grande surprise ainsi qu'à sa famille. Toute les fois qu'il s'échauffait, une sueur abondante et froide se manifestait sur toute la partie gauche de la tête. Ce phénomène dura 5 ou 6 ans, puis il a complètement disparu depuis 4 ans.

A l'examen, je trouvai la narine droite normale. La membrane intérieure du côté gauche était rouge, gonflée recouverte d'une sécrétion fétide et purulente. Environ à un pouce en arrière de la narine, la cavité du nez était remplie par un corps dur et sombre qui occupait entièrement le *méat inférieur* et même une partie du *méat moyen*. Sous la forme d'une fourchette, ce corps englobait le *cornet inférieur*; il

(1) Lues dans la Section de laryngologie au Congrès médical à Copenhague 1884.

était dur et fixe, résistant à tous les efforts de la sonde pour le déplacer. Au moyen de la rhinoscopie postérieure, les fosses nasales postérieures apparaissaient normales et libres; l'extrémité postérieure du corps étranger ne put être découverte. Sans hésiter un seul instant, j'étais convaincu d'avoir affaire à un rhinolithe, car un sequestre, la seule chose avec laquelle on eût pu le confondre, ne pouvait être supposé provenir du squelette de la face sans avoir causé une difformité plus ou moins grande, ce qui n'était pas le cas.

La pierre fut enlevée en deux séances. Au moyen d'un écraseur vigoureux, je me défis d'abord de la partie entrant dans le méat moyen, je réussis ainsi à rendre la pierre mobile et, dans la séance suivante, il me fut possible de faire la lithotripsie à l'aide d'un forceps puissant. Après quoi, les fragments furent enlevés avec la seringue. Une fois la pierre extraite, on pouvait remarquer qu'elle avait occupé une cavité, dont les parois étaient formées d'une masse gangréneuse appartenant en partie à la membrane muqueuse de la cloison et en partie à la membrane du *cornet inférieur* et dû fond de la cavité nasale; on pouvait également sentir des parties dénudées en plusieurs points. Dans l'espace d'une semaine, cette masse pulpeuse disparut, les parties dénudées furent recouvertes, et on ne trouvait plus de points affectés dans la cavité nasale. Le malade fut déclaré guéri.

La pierre était uniformément composée de couches sans aucun noyau et ne contenait qu'une petite quantité de matières organiques, parmi lesquelles on ne trouvait aucune trace d'acide oxalique. Les matières inorganiques formaient la plus grande partie de la pierre, et elles consistaient principalement en phosphate de chaux, phosphate de magnésie, carbonate de chaux en petite proportion et quelques traces de chlorures.

Il existe, Messieurs, dans ce cas, un symptôme sur lequel je prendrai la liberté d'appeler votre attention. Le malade affirmait avoir ressenti, durant 5 ans, une transpiration abondante sortant de la partie gauche de la tête toute les fois qu'il s'échauffait. Ce phénomène avait complètement cessé depuis 4 ans. Il est certain que nous avons eu affaire ici à une névrose réflexe d'origine vasomotrice, due à l'irritation provoquée de certains

filets du trijumeau. Ce qu'il y a de particulièrement curieux dans cette circonstance, c'est que ce phénomène a cessé quatre ans avant l'extraction de la pierre. Je crois que ce phénomène s'explique par la croissance continuelle du rhinolite, qui finit par exercer une pression tellement forte sur la membrane muqueuse du nez, que celle-ci fut détruite avec les éléments nerveux. Arrivée à ce point, la névrose réflexe ne pouvait plus se produire. Vous vous souvenez, en effet, que la pierre se trouvait dans une cavité dont les parois étaient recouvertes d'une substance pulpeuse, d'aspect nécrotique, et que des parties dénudées et osseuses furent trouvées, et sur le cornet inférieur et sur le fond de la cavité nasale.

Les rhinolites sont très rares, et je suis convaincu que beaucoup des médecins ici présents, n'auront jamais la chance d'en rencontrer dans leur pratique. Il y a, seulement très peu de cas mentionnés dans les annales médicales, bien que celles-ci remontent, à l'égard des rhinolites, à plus de trois cents ans. Le premier qui en fasse mention, est Mathias de Gardi, en l'an 1502; plus d'un siècle après, mon compatriote, Thomas Bartholin en cite deux cas très intéressants. En 1859, Demarquay ne peut en trouver que 15 cas dans les écrits médicaux; plus tard la rhinoscopie fit de grands progrès, et le nombre des rhinoscopistes spécialistes a considérablement augmenté; pourtant on ne trouve que très rarement des relations de rhinolites, Stoerk, malgré sa grande expérience, n'a constaté qu'un seul cas et, sauf le mien, on n'a mentionné, en Danemark, que les deux de Thomas Bartholin. Ce qui donne un si grand intérêt aux rhinolithes, c'est, après leur grande rareté, la difficulté de leur diagnostic; on croit avoir affaire à tout autre chose qu'à un rhinolithe, et il y a beaucoup de cas traités pendant des années comme des nécroses du squelette du nez ou comme des tumeurs malignes de la cavité nasale, jusqu'au jour où l'on découvre, par hasard, la nature réelle de l'affection. Comme exemple récent de ces méprises, je puis citer le cas mentionné par Jacquemart dans les *Annales des maladies de l'oreille* (Mars 1884).

« Un homme, âgé de 41 ans, avait un rhinolithe que plus de dix médecins différents avaient confondu avec

une tumeur maligne. Jacquemart, lui-même, fut longtemps de la même opinion, jusqu'à ce qu'il se décidât, enfin, à enlever la tumeur supposée à l'aide d'un serre-nœud galvano-caustique. Dans ses tentatives, pour placer le nœud, il lui arriva de détacher un fragment de la pierre, et ainsi fut fait le diagnostic.

Le diagnostic établi, le traitement était indiqué en même temps : extraction totale précédée ou non d'une lithotripsie. Cette dernière sera ordinairement possible, les rhinolithes étant généralement assez frêles. Si la pierre est trop grosse pour être enlevée d'un seul coup ou trop dure pour permettre la lithotripsie, on est alors obligé de détacher le nez de son insertion pour se faire un peu plus de place.

Je terminerai cette communication par la conclusion suivante :

Si l'on a à faire à une personne forte et bien portante qui, durant des années, a souffert de l'obstruction d'une des narines, avec écoulement purulent et fétide, et qu'on trouve un corps étranger dur obstruant la cavité nasale, il faut toujours penser à un rhinolithe, pourvu qu'il n'y ait aucune difformité dans le squelette de la face, ce qui indiquerait plutôt un sequestre.

COMPTE-RENDU

DU

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Tenu à Bâle du 1er au 4 septembre 1884.

La ville de Bâle a reçu les otologistes de la façon la plus cordiale et M. Schenk, au nom du Conseil fédéral, M. J. Burchart, au nom de la ville de Bâle, ont souhaité la bienvenue aux membres du Congrès. M. le professeur Sapolini, qui avait présidé le deuxième Congrès international, ouvre la session; on procède ensuite à l'intallation du bureau et M. le professeur Burchardt-Mérian est nommé président.

Il salue les étrangers réunis dans la salle de l'Université et évoque le souvenir des médecins célèbres qui ont professé dans cette enceinte, celui de Vésale en particulier.

Les otologistes Suisses offrent un banquet aux membres du Congrès, au nombre de 95. On boit à l'union des peuples pour la science et ensuite commence la série des communications :

De la cause et du diagnostic des troubles de l'audition dans le cas de tumeurs cérébrales.

M. Moos (de Heidelberg). — Dans certaines affections cérébrales, on cite de nombreux cas de lésions oculaires, mais le plus souvent on passe sous silence les lésions analogues, pouvant se produire du côté de l'oreille. Ainsi, dans les tumeurs cérébrales, on observe jusqu'à 95 0/0 de neuro-rétinites. En est-il de même du côté de l'oreille?

A ce propos, nous devons rechercher :

1° Quelles sont les relations entre la pression intra-crânienne et la pression intra-auriculaire?

2° Quels sont les changements qui peuvent se produire dans l'audition que nous devons attendre?

3° Quelles sont les données anatomo-pathologiques relatives à ce sujet :

1° Schwalbe, Key et Retzius ont trouvé une communication entre les lymphatiques de la muqueuse du nez et ceux de l'encéphale. Weber-Liel a trouvé une communication entre les lymphatiques de l'oreille et ceux de l'encéphale. Hasse se prononce dans le même sens. Malgré ces communications lymphatiques entre l'oreille et l'encéphale, l'œil est beaucoup plus souvent atteint que l'oreille;

2° L'augmentation de pression dans le labyrinthe paraît avoir des effets variés. Tantôt elle diminue l'*ouïe pour les tons élevés*, comme dans un cas que Moos a observé avec Erb et Becker, avec Steinbrügge, où il y avait tumeur cérébrale et *papille étranglée*. Il y eut *surdité bilatérale* dans un cas de tumeur cérébrale originaire du nez. Dans un autre, observé par Leber, il y eut papillite et surdité; la papille revint à l'état normal, mais la surdité persista. D'après Leber, dans les tumeurs cérébrales, il y aurait seulement 25 0/0 affections auriculaires, tandis qu'il y a 95 0/0 affections oculaires.

La cause serait une névrite descendante, d'après Huguenin, et alors la surdité persisterait, ou bien ce serait un

œdème du nerf comme dans la papille étranglée *(Stauungs-papille)*, et alors l'ouïe pourrait se rétablir. Ce sont les mêmes hypothèses que pour la pathogénie de l'affection névro-réti-nienne. Mais il est impossible de se décider pour l'une ou pour l'autre, les difficultés étant encore plus grandes pour l'oreille que pour l'œil. De toute manière, l'augmentation de la pression intra-crânienne paraît insuffisante pour expliquer l'état de l'ouïe.

M. Albrecht fait observer qu'il n'y a pas d'analogie à établir entre l'œil et l'oreille.

M. Moos a cité des faits où l'ouïe a été impressionnée ; il tient à se maintenir sur le terrain des faits.

Diagnostic entre les affections de l'oreille moyenne et de l'oreille interne.

M. Roosa, de New-York, propose, dans les cas douteux, de recourir à une méthode subjective d'examen. La trompe et le tympan ne présentant pas, dans ce cas, des symptômes suffisants.

Voici les quatre signes proposés :

1° Toutes les fois que le diapason placé sur le vertex est mieux entendu par l'oreille affectée, c'est une affection de l'oreille moyenne. Dans la surdité des chaudronniers, Roosa estime qu'il y a affection de l'oreille interne. S'il y a une affection externe concomitante, après la guérison de celle-ci il reste une diminution importante de l'ouïe;

2° Quand la paracousie de Willis existe, c'est toujours une affection de l'oreille moyenne;

3° Une affection nerveuse de l'oreille accompagne les désordres centraux;

4° Les bruits extérieurs sont désagréables dans les affections labyrinthiques; ils sont agréables dans les affections de l'oreille moyenne.

La combinaison de ces différents signes fournit à M. Roosa des bases sérieuses pour le diagnostic.

M. Moos. — Lorsque les malades sont péniblement affectés par les bruits extérieurs, si on les place dans le silence ils semblent se trouver améliorés, mais l'affection reprend dans la vie ordinaire, et cela jusqu'à l'atrophie définitive.

M. Lutcésius est de l'avis de M. Roosa pour l'affection des chaudronniers. Le nerf est affaibli par la surexcitation continuelle du nerf sous l'influence des coups de marteau. C'est une affection que l'on pourrait comparer à l'éblouissement de l'œil par la lumière excessive.

M. Boucheron (de Paris).— L'affection des chaudronniers, fréquente en Amérique, peut être rapprochée de l'affection observée en Europe à l'occasion d'une détonation (coup de fusil par exemple). L'interprétation qui paraît le mieux rendre compte de la surdité observée est là suivante : Si le sujet est atteint momentanément d'une obstruction relative de la trompe d'Eustache, s'il a déjà un certain degré de vide aérien dans la caisse tympanique, et par conséquent un certain degré d'augmentation de pression dans l'oreille interne, au moment de la détonation la pression de l'onde aérienne exagère la pression labyrinthique et la pression sur le nerf acoustique. Une surdité par compression se trouve produite et peut augmenter à chaque nouvelle détonation. Ainsi se trouve constituée une affection labyrinthique qui emprunte un élément pathogénique à l'oreille moyenne.

Il en est de même pour les chaudronniers.

M. Menière. — Sur 150 ouvriers chaudronniers observés par lui, 31 étaient atteints de surdité ayant les caractères d'une affection labyrinthique.

M. Lœwenberg (de Paris) admet que dans la surdité consécutive à une détonation, la lésion se produit dans des oreilles saines.

Sur une cause d'hypéracousie et de dysécie temporaire et permanente.

M. Sapolini (de Milan) cite le cas d'une dame atteinte d'une surdité progressive, consécutive à l'emploi d'un cosmétique au nitrate d'argent. La cessation du cosmétique permit à l'ouïe de s'améliorer. Il a, depuis, observé 13 cas analogues, 7 femmes et 6 hommes. Toujours la surdité cessa à la suite de l'abandon de la teinture.

Tumeur épithéliale de la partie moyenne du conduit auditif interne.

M. Menière rapporte l'observation d'un homme de 42 ans

ayant une otorrhée à droite. Il constate dans le méat une tumeur qu'il enlève avec le serre-nœud. L'examen histologique démontre que l'on a affaire à une tumeur épithéliale de forme grave. M. Menière, alors, pratique à plusieurs reprises diverses extractions avec grattage et des cautérisations au chlorure de zinc, à l'acide phénique et au perchlorure de fer pur. La guérison arriva, mais l'audition était très diminuée. On constatait, neuf mois après, une exostose considérable du conduit.

M. Lœwenberg (de Paris). — Dans ce cas, la galvanocaustie me semblerait offrir des avantages réels.

(*A suivre*).

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez, par MM. Miot et Baratoux (1).

L'otologie a fait dans ces dernières années de rapides progrès; et cependant il n'existait encore en France aucun traité réellement didactique et tout à fait au courant des progrès de la science moderne. La plupart étaient insuffisants pour les médecins voulant se livrer d'une façon particulière à l'étude de cette branche spéciale des sciences médicales. Une lacune était donc à combler, et nul ne pouvait le faire avec plus d'autorité, de science et de talent que MM. Miot et Baratoux, les deux actifs collaborateurs de la *Revue de Laryngologie et d'Otologie*. Leur éloge, du reste, n'est pas à faire ici, leurs nombreuses et intéressantes publications dans ce journal ont permis au lecteur de les apprécier mieux que nous ne pourrions le faire nous-mêmes.

La première et la seconde partie de cet ouvrage, les seules parues jusqu'à ce jour, comprennent l'anatomie et la physiologie de l'oreille et de la cavité naso-pharyngienne, l'otoscopie et la rhinoscopie. Décrivant les différentes parties de externe, moyenne et interne, les auteurs ne se sont pas contentés de donner au point de vue de l'anatomie et de la physiologie les résultats des travaux des devanciers mais ils les ont

(1) A. de Lahaye et Lecrosnier, libraires-éditeurs, Paris, 1884.

contrôlé par leurs propres études et sont parfois arrivés à des résultats différents. C'est ainsi qu'à propos du muscle de l'étrier, les auteurs ont pu conclure de leurs expériences personnelles que ce muscle est un antagoniste puissant du muscle interne du marteau et un relâcheur faible de la membrane du tympan. Le péristaphylin interne agit par une partie de ses fibres sur la paroi fibreuses des trompes qu'il tend et écarte de la paroi cartilagineuse, le pharyngo-staphylin attire en bas et en arrière le cartilage de la trompe ; tandis que les pérystaphilins externes s'opposent à une trop grande béance de la trompe et à un appel d'air trop considérable dans la caisse.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à l'otoscopie et à la rhinocospie.

Les auteurs passent successivement en revue les diverses méthodes d'examen et de traitement. Ils étudient les différentes sortes de spéculum, l'éclairage de l'oreille, les différents moyens de faire pénétrer l'air et les vapeurs dans l'oreille moyenne et enfin les méthodes d'exploration de l'oreille interne. Passant ensuite à la rhinoscopie, ils étudient les différents instruments nécessaires, soit à l'examen des fosses nasales, soit au traitement des maladies du nez.

Tels sont, en résumé, les principaux sujets traités dans cet ouvrage dont nous regrettons de ne pouvoir donner une plus complète analyse. Nous renvoyons au reste le lecteur à l'ouvrage lui-même, certain que tous les praticiens trouveront dans cette lecture à la fois plaisir et profit. J. C.

Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise, par M. le Dr J. Bruncher (Thèse de Nancy, 1883.)

M. le Dr Bruncher se propose, dans ce travail, de réunir les données éparses sur les lésions auditives dans la syphilis et d'établir, autant que possible, l'état actuel de la science sur ce sujet. Après avoir fait l'historique de la question il aborde franchement son sujet et décrit les lésions auditives relevant de la syphilis à ses diverses périodes et dans les différentes parties de l'oreille, externe, moyenne et interne. Les accidents primitifs sont rares dans l'oreille; l'auteur cite une observation de chancre du pavillon publié par Hulot (1),

(1) Revue de syphilis et de dermatologie.

et les exemples les plus nombreux sont dus à l'imprudence du Dr X... qui infecta plusieurs malades par le cathéterisme de la trompe. Les accidents secondaires sont plus fréquents; on a observé et décrit les syphilides du pavillon, l'otite aiguë syphilitique, les syphilides du conduit.

Les lésions syphilitiques de l'oreille moyenne viennent le plus souvent de la propagation à la trompe et à la caisse des lésions de la gorge et de la cavité naso-pharyngienne, bien qu'elles puissent se produire d'emblée dans la caisse. La syphilis des caisses et des trompes affecte différentes formes, et donne lieu à des lésions plus ou moins graves, otites chroniques sèches, catarrhe purulent de l'oreille.

La syphilis enfin, peut se manifester dans l'oreille interne indépendamment de toutes lésions de l'oreille moyenne (faits de Knapp, Moos.) Dans ce cas, fréquemment, elle existe avec des affections oculaires. Dans ces cas-là le pronostic est généralement grave, le traitement local impuissant, et souvent aussi le traitement spécifique ne donne pas les résultats que l'on pourrait espérer.

L'auteur, ensuite, cite un fort grand nombre d'observations, dont plusieurs personnelles et passe à l'étude de la syphilis tertiaire de l'oreille. On a observé des gommes du pavillon et du conduit, des exostoses de ce dernier organe, les lésions de la caisse sont de même nature. La carie du temporal et du rocher, a souvent pour cause la syphilis. Le système nerveux enfin, et l'oreille interne peuvent aussi présenter des lésions relevant directement de la syphilis.

L'auteur, en terminant, consacre un dernier chapitre à l'étude de la syphilis héréditaire. Les troubles trophiques du pavillon sont des lésions particulières à la syphilis. La gangrène et l'hématome du pavillon ont été aussi observés. Les lésions auditives dans la syphilis héréditaire se présentent sous une forme assez variée, ne différant que par des formes observées chez l'adulte, mais se caractérisant surtout par leur coexistance avec d'autres lésions.

Les troubles auditifs relevant de la syphilis atteignent donc toutes les parties de l'oreille et se manifestent à toutes les périodes de la maladie. Mais *dans toutes ces formes*, l'existence d'otopathie antérieure détermine la formation d'un point faible (*locus minoris resistantiæ*) sur lequel la syphilis vient porter son action. La diathèse scrofuleuse et même la chloro-

anémie paraissent influer sur le développement des catarrhes purulents de l'oreille, et aider en quelque sorte la syphilis à porter son action sur la caisse. Les lésions naso-pharyngiennes enfin ont une puissante influence sur le développement de la syphilis dans l'oreille, dans la caisse et la trompe en particulier.

Dans la syphilis congénitale, plus souvent encore que dans la vérole acquise, les troubles auditifs coexistent ou succèdent à des lésions oculaires. Les lésions soit par propagation, soit même dès le début, semblent avoir une prédilection marquée pour le labyrinthe et l'appareil nerveux. Elles tendent à se propager en général de segment en segment dans l'appareil auditif, de la trompe ou du conduit, à la caisse, au labyrinthe et au nerf. J. C.

De la perforation du tympan, par le Dr GRIFFITH.

Le Dr T.-N. Griffith mentionne dans le *british Méd. journ.*, décembre 1883, un moyen très simple de suppléer aux inconvénients de la perforation du tympan. Il consiste simplement à verser dans l'oreille cinq ou six gouttes d'huile de castor. Dans la plupart des cas l'huile se maintient en place en raison de sa viscosité pendant une journée toute entière, et aussi longtemps que le malade garde la position verticale. (*The London, Médical record*, 5 avril 1884.) J. C.

Polypes muqueux de l'oreille, par le Dr NOQUET.

A la Société centrale de médecine du Nord, M. Noquet présente les pièces pathologiques de deux polypes extraits de l'oreille à l'anse froide, le premier chez un enfant de douze ans, le second chez une jeune fille de dix-huit ans. Ces deux polypes présentaient cette particularité remarquable, que, fort volumineux tous les deux ils s'implantaient dans la caisse sur la paroi interne, mais sortaient de la cavité tympanique par une très petite perforation du tympan. Les tympans rouges et épaissis, présentaient, dans leur moitié inférieure, une sorte de fente à bords un peu irréguliers, longue d'environ 1 millimètre à 1 millimètre 1/2. Horizontale dans un cas, cette fente était dans l'autre dirigée de haut en bas et d'arrière en avant. Après ablation, cautérisation des pédicules et ins-

tillations alcooliques, l'audition très diminuée est redevenue normale. (*Bulletin médical du Nord*, juin 1884.) J. C.

Otorrhée chronique, apparition subite des symptômes cérébraux, mort par thrombose des sinus latéraux, par M. C. Lane Sanson.

Arthur F..., 15 ans, atteint de catarrhe purulent de l'oreille droite depuis quelques années, entre à l'hôpital le 17 mars avec tous les symptômes d'une affection cérébrale. Fortes douleurs de tête, étreinte comme par un cercle de fer, dilatation de la pupille droite et congestion des vaisseaux de la papille : urines, densité 1,020, ni sucre, ni albumine, température 104° Fahr., pouls 130, pétéchies sur tout le corps. Mort le 19 mars.

Autopsie : thrombose des sinus latéraux (*The British medical journal*, 7 juin 1884). J. C.

Sur un nouveau traitement des bourdonnements d'oreille, par le Dr Bernard.

Dans le *Brit. med. Journ.* le Dr Roth rapporte le cas d'une dame âgée de cinquante-sept ans et souffrant, depuis quatre ans de bourdonnements d'oreilles. Roth eut l'idée d'essayer le traitement du Dr Martimer Granville en excitant « les vibrations du nerf » (nerve-vibrations). Le plateau d'ivoire d'un percuteur était appliqué sur la tête, et cinq minutes après, la malade éprouvait du soulagement. Après sept applications successives, la malade se trouva si bien de ce traitement qu'elle se décida à acheter un percuteur pour se traiter elle-même. (*The London Médical Record*, 15 avril, 1884,)

J. C.

Des troubles auditifs à la période préataxique du tabes.

Il est hors de doute que les troubles de l'audition, viennent parfois révéler l'imminence du tabes. Dans une première forme, l'ouïe est simplement diminuée, ou abolie, mais sans autres troubles morbides; mais il est des cas où la surdité s'accompagne de vertige. Tel, le cas d'un officier supérieur, qui, passant la revue de son régiment, fut frappé de vertiges subits, à la suite desquels il tomba de cheval; quelques jours après l'ouïe avait disparue pour ne plus reparaître.

Les signes de la surdité tabétique sont les suivants : des progrès rapides, une intensité extrême dès le début, enfin une incurabilité absolue. Parfois, il se produira en une semaine, une aggravation vraiment foudroyante. Les malades ne perçoivent déjà plus aucun bruit quelque intense qu'il soit. Enfin, cette surdité intense, est une surdité sans lésions de l'oreille moyenne. La trompe est libre, le tympan sain. A la surdité viennent se joindre des bruits subjectifs très intenses et de différente nature. (*France médicale*, 20 juin 1884.)

J. C.

Contribution à l'étude de la pathologie de la glande intramusculaire de la langue, par le professeur BREDA, de Padoue.

Bien que donnant à la langue des aspects très-variés, les altérations morbides qui la frappent se rapprochent dans leur localisation par de nombreux points de contact. L'auteur a acquis la conviction qu'il y a dans cet organe un appareil glandulaire qui est souvent atteint par la maladie. Cet appareil est constitué par la glande intra-musculaire de la langue.

Nuhn les décrivit avec soin en 1845 ; elles sont situées de chaque côté et symétriquement à un centimètre environ du bord de la langue et dans son épaisseur. A la partie supérieure elles sont en contact immédiat avec le *muscle transversal* qui les recouvrent jusqu'à l'union des fibres du *palato-glosse* et du *lingual inférieur*. Elle reçoit des branches nerveuses du *lingual*, le sang lui vient de l'artère *ranine*. Sa structure est tout à fait semblable à celles des glandes sous-maxillaires.

Les auteurs ne s'accordent pas sur le nombre des canaux excréteurs et sur leur embouchure. D'après Vlacovich, les canaux excréteurs s'ouvriraient par une embouchure à travers la ligne médiane et la *plica fimbriata*.

Quand un individu dirige la pointe de la langue en haut, il se forme de chaque côté du frein deux saillies longitudinales, dues en partie à cette glande. La pression peut à ce niveau faire sourdre quelques gouttes d'un liquide filant, albumineux, analogue à la sécrétion des glandes intra-buccales.

L'auteur, dans le but de mettre en évidence les altérations dont elle est le plus fréquemment le siège, rapporte trois cas

qu'il lui a été donné d'observer. Dans la première observation, il s'agit d'un individu syphilitique présentant à la langue différentes manifestations, entre autres au niveau de la moitié gauche de la langue, tout près de la pointe, dans l'épaisseur de l'organe, et plus près de la face inférieure un nodule du volume d'un grain de chènevis, dur, arrondi, immobile, indolore, à peine sensible à la pression. Sous l'influence du traitement spécifique, le nodule disparut, pour reparaître plus tard.

Dans le second cas, la glande de Nuhn gauche, au-dessous de laquelle se trouvait un ulcère lenticulaire, gris jaunâtre, à bord relevés surtout en dedans et à fond inégal formé par le tissu même de la glande. Le malade présentait d'autres symptômes moins douteux de syphilis.

Au reste, la glande de Nuhn se trouve altérée fréquemment, même chez des sujets non syphilitiques et dans cette maladie elle peut l'être de beaucoup de façons différentes. L'érythème, les plaques opalines, les érosions de la muqueuse linguale forment le cortège habituel des lésions de la glande. La localisation de la maladie à la langue, surtout à sa pointe, le siège et l'absence de douleur, la durée, les oscillations et récidives de la maladie permettront de la reconnaître. (*France médicale*, 13 septembre 1884.)

J. C.

Un cas de langue noire, par le Dr Broatch, d'Edinbourg.

Le malade est un peintre de soixante ans. Depuis plusieurs années, il a dû renoncer à tout travail, en raison de sa mauvaise santé. Il a eu des coliques de plomb, et ses gencives présentent le liseré caractéristique. Il n'a jamais eu une bonne santé; il a aux jambes des ulcères depuis trente ans.

A l'examen de la langue, on trouve une plaque noire, circulaire, ayant un pouce de diamètre, située sur le tiers postérieur du dos de l'organe. Les bords de cette plaque sont bruns, mais le centre est tout à fait noir; tout autour, la langue présente une teinte blanchâtre. Les autres parties de la langue sont normales, à part de légères fissures. Au toucher, la plaque noire est rugueuse, et le doigt rencontre un nombre considérable de petites saillies, composées de filaments noirs plus ou moins longs, que l'on peut facilement enlever avec une pince, laissant alors les tissus à découvert. La colo-

ration noire a débuté depuis deux ans environ. Le malade n'éprouve pas de douleurs, mais présente une légère diminution du sens du goût.

A l'examen microscopique, ces filaments apparaissent composés de cellules épithéliales brunes. Dans certains cas, la partie centrale du filament est très-épaisse; c'est le contraire dans d'autres cas. De l'extrémité du filament à la base, la coloration diminue graduellement. Les filaments paraissent être formés, ainsi que l'a reconnu M. Stocker, par l'hypertrophie des papilles de la langue. (*The British medical Journal*, 17 avril 1884.) J. C.

Siège et traitement de la grenouillette, par le Dr SONNENBURG.

L'auteur confirme au moyen de données cliniques (environ 50 cas) les vues de Recklinghausen : la vraie grenouillette tire son origine des glandes de Blandin qui se trouvent à la pointe de la langue. Ses preuves sont le contenu muqueux, l'existence propre des parois du kyste, la situation anatomique du kyste, l'indépendance des canaux de Wharton et de Bartholin. Le traitement consiste à inciser au-dessus du canal de Wharton et à extraire la paroi du kyste. (*Arch. für klinische Chirurgie* 29 Bd. Heft. 3),

---

Épithélioma de la langue, par le docteur F.-J. GANT.

Le docteur Gant rapporte un cas d'épithélioma de la langue ayant envahi le plancher de la bouche, l'amygdale gauche et les parties molles du palais. La tumeur a été enlevée par la chaîne d'écraseur. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est la grande extension qu'avait pris le néoplasme (*The lancet*, 3 mai 1884). J. C.

Épithélioma de la base de la langue, de l'amygdale gauche et du voile du palais.

A l'Académie de médecine d'Irlande, M. Kendal Franks donne lecture d'une note sur un cas d'épithélioma ayant nécessité l'ablation de la base de la langue, de l'amygdale gauche et d'une partie du voile du palais. L'opération a été faite au galvano-cautère et au thermo-cautère de Paquelin.

Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. Le patient, bien que gardant encore le lit, ne souffre plus, alors qu'il éprouvait avant l'opération de fort violentes douleurs. Le président de l'Académie fait remarquer, à ce sujet, qu'en raison de l'étendue de néoplasme, la récidive est certaine. A propos du manuel opératoire, il fait en outre remarquer que l'adoption des tubes trachéaux de Macewen, enlèvent les dangers de l'hémorrhagie et permettent l'emploi des anesthésiques (*The lancet*, 24 mai 1884). J. C.

Sarcome de l'amygdale gauche, par le Dr Balding.

A la Société médicale de Cambridge, le Dr Balding présente les pièces pathologiques d'un sarcome de l'amygdale gauche, développé chez une femme âgée de cinquante-trois ans. Elle vint le trouver à la suite d'une violente hémorrhagie buccale qui lui parut être d'origine artérielle. Elle éprouvait depuis deux mois de violentes douleurs à la gorge, et présentait une induration mal limitée de la région sous-maxillaire gauche une grande fétidité de l'haleine, et une immobilité complète de la mâchoire, rendant l'examen fort difficile. Au niveau du bord supérieur du thyroïde il se produisit deux abcès : pendant leur formation la langue devint le siège d'un gonflement considérable, elle sortait hors de la bouche, et présentait une ulcération considérable, due à la pression des dents. Quelques jours avant la mort, le gonflement du cou détermina une légère gêne respiratoire. Pendant toute la durée de la maladie, la malade peut, avec quelques difficultés toutefois, prendre des aliments liquides.

A l'autopsie : sarcome de l'amygdale gauche et de la région sous-maxillaire, l'épiglotte aussi est en partie détruite. (*The lancet*, 23 août 1884.)

Chancre de l'amygdale, par le docteur R.-W. Taylor.

A l'Académie de médecine de New-York, le docteur Taylor lit une note sur les chancres de l'amygdale. Les cas de ce genre ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire, dit-il, et peuvent facilement s'expliquer par des contacts contre nature des organes de la génération.

Les docteurs Burney, Wigleston (de Boston), Bumsleads

en ont cité des exemples. M. Taylor donne ensuite les signes différentiels qui permettent de distinguer le chancre de l'amygdale, des plaques muqueuses et des autres lésions syphilitiques.

Les principaux symptômes qui peuvent servir de base au diagnostic sont : les détails sur le mode d'infection, le développement unilatéral du chancre correspondant à l'engorgement ganglionnaire, la lésion est limitée à un même coté, difficultés à la déglutition, l'histoire de l'évolution de la syphilis sur toutes les autres parties du corps (*The medical record N. Y.*, 24 mai 1884).

J. C.

Observations de pharyngotomie *(Cases of pharyngotomy)*, par le docteur Wheeler.

Le docteur Wheeler a communiqué à la Société de médecine (in Ireland, séance du 9 nov. 1883). Deux cas de pharyngotomie, dans la première, il s'agit d'un homme robuste âgé de 45 ans, chez lequel l'opération fut pratiquée avec succès, pour extraire un corps étranger enclavé dans le pharynx, c'était la première fois que cette opération était faite en Écosse.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme qui fut opérée d'un sarcôme fasciculé inséré sur le ligament stylo-hyoïdien et les apophyses styloïdes, d'où il venait obstruer l'entrée des voies aériennes et occasionnait des accès de suffocation. La tumeur récidiva quelques mois après dans un autre point et la malade succomba *(The Dubl. journ. of med. sc.*, 1er mai 1884).

Corps étrangers dans les voies respiratoires

Une jeune fille de 9 ans avait dans son larynx un os long de 2. 5 cent. large de 1.2 et épais de 3 millimètres. Il était placé de façon à ce que son extrémité postérieure se trouvait contre la muqueuse inter-aryténoïdienne et son extrémité antérieure vers le milieu du pédicule de l'épiglotte. Le professeur Schnitzler parvint, guidé par le laryngoscope à en enlever le quart au moyen de la pince laryngienne; puis il le dégagea au moyen du doigt et un effort de toux de la patiente rejeta l'os.

Autre cas : Un homme se trouvait depuis des mois atteint de dyspnée. A l'examen laryngoscopique, le larynx et la trachée furent trouvés sains. Mais à la partie tout à fait inférieure de la trachée se voyait un gonflement; ce gonflement se montra plus tard être un abcès. En effet après quelques attouchements avec la sonde, l'abcès creva et un accès de toux rejeta un os de 1,5 cen. de long. Le malade se souvenait avoir avalé de travers un os de lièvre 2 ans auparavant. *Wiener Med. Presse*, 1883. n° 45.)

Perforation de la trachée et du tronc trachéo-céphalique à la suite de la trachéotomie, par M. d'Heilly.

A la Société médicale des hôpitaux, séance du 11 avril 1884, M. d'Heilly présente les pièces anatomiques d'une ulcération de la trachée ayant perforé le tronc trachéo-céphalique et déterminé une hémorrhagie mortelle. Cet accident est absolument exceptionnel; il n'en existe dans la science que deux cas rapportés par M. House dans le *Guy's hospital Reports*. (*France médicale*, 19 avril 1884.)

J. C.

Extirpation du larynx chez un vieillard, par le docteur H. Leisrink.

Le docteur H. Loisrink a pratiqué cette opération chez un homme de 72 ans, atteint d'un cancer du larynx ayant amené des accès de suffocation. L'opération fut faite en août. Le malade mourut de pneumonie en décembre. Pendant cet espace de temps, la tumeur n'avait pas récidivé (*The medical record*, 24 mai 1884).

J. C.

Sur un cas de tuberculose laryngée ayant nécessité la trachéotomie, par le docteur P. Masucci.

L'auteur donne l'historique de la semeïotique de la poitrine, fait l'éloge des travaux publiés depuis Auenbrugger jusqu'à nos jours. Beaucoup de lacunes restent à combler, car l'autopsie révèle souvent des lésions qu'on n'avait pas soupçonné pendant la vie.

Il cite, comme preuve de ce qu'il avance, un cas qui s'est présenté à l'hôpital, clinique de Naples.

Il s'agit d'un paysan âgé de 32 ans, d'une constitution faible, chez lequel l'examen fut absolument négatif, tant pour la syphilis que pour toute autre maladie. A la suite d'un rhume contracté un mois auparavant, il eût de la toux, devint enroué; il se produisit ensuite de la dyspnée et de la difficulté à la déglutition. Ces derniers symptômes ne tardèrent pas à s'aggraver et bientôt on pût constater un laryngosténose et une dysphagie complète.

L'examen laryngoscopique révèla un boursoufflement excessif de l'épiglotte, des aryténoïdes et une petite ulcération dans la région inter-aryténoïdienne. Rien aux poumons.

En procédant par exclusion, l'auteur pût arriver au diagnostic, infiltration tuberculeuse de l'épiglotte et des aryténoïdes, avec ulcération de même nature de la région inter-aryténoïdienne. Du résultat négatif de l'examen du poumon, il se croyait autorisé à conclure, soit à l'existence d'une lésion tuberculeuse centrale dans le poumon, soit à une tuberculose laryngée primitive.

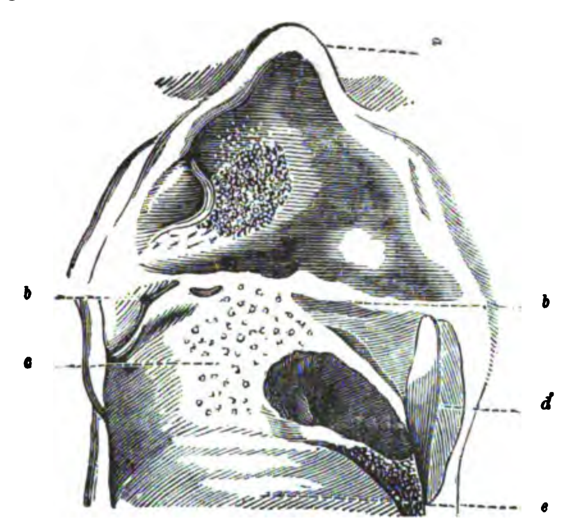
L'auteur explique ensuite la cause de la laryngosténose et indique le traitement, qui fut celui que l'on suit d'ordinaire en pareil cas.

Après quelques temps de traitement, le malade sortit et resta un mois hors de l'hôpital, pour y revenir dans un état très grave. Il fut admis dans le service de M. le professeur de Renzi. Le professeur Masséï confirma le diagnostic précédemment porté et se prononça pour une tuberculose laryngée primitive.

Quelques jours après, le professeur de Renzi observait de légers symptômes à l'auscultation. La sténose du larynx devenait de plus en plus grave, la trachéotomie s'imposait, elle fut pratiquée par M. le professeur Masséï, l'incision de la muqueuse qui était boursoufflée et détachée du cartilage, présenta de grandes difficultés. Le malade mourut 9 jours après,

A l'autopsie : tuberculose chronique et cavernes du lobe supérieur des deux poumons. Tuberculose miliaire du reste des poumons, catarrhe bronchique chronique. Infiltration tuberculeuse de tout le larynx, destruction partielle des vrais et des fausses cordes vocales. L'épiglotte, les replis ary-épiglottiques, la muqueuse pharyngienne, présentaient des ulcé-

rations de même nature, prononcées surtout à droite. Œdème de la glotte.



A, Épiglotte très infiltrée; *b*, *b*, cordes vocales également infiltrées; *c*, dépôt de tubercules dans l'espace sous-glottique; *d*, plaie trachéale qui se continue avec une ulcération qui a décollé la muqueuse à la périphérie; *e*, muqueuse trachéale enflée et rouge.

La nécropsie révéla donc des lésions pulmonaires anciennes, tandis que l'examen clinique du malade ne donnant aucun résultat, avait pu faire croire à une tuberculose primitive du larynx, alors qu'elle était en réalité secondaire. On ne peut conclure, de là, qu'il n'existe pas de tuberculose laryngée primitive. Dans la tuberculose héréditaire, en effet, le germe du tubercule se trouvant dans l'organisme, on ne peut admettre qu'il ne puisse se développer dans le larynx aussi bien que partout ailleurs, en raison surtout de la prédisposition de cet organe à l'infiltration tuberculeuse.

S'il est vrai d'autre part, comme le pensent Cohnheim et Weygest, que le bacille puisse pénétrer dans l'organisme avec les poussières inspirées, on doit admettre aussi qu'il peut s'arrêter dans le larynx, cet organe étant une des premières voies respiratoires.

L'anatomie pathologique et la physiologie démontrent, en outre, qu'il est des cas ou la tuberculose pulmonaire reste à

l'état latent et ne se révèle que lorsqu'elle envahit d'autres organes. Dans le cas que nous venons de citer, sans doute, la tuberculose pulmonaire préexistait à l'état latent à celle du larynx, mais ce n'est pas là une raison pour nier la tuberculose primitive de cet organe.

L'auteur en arrive à conclure :

1° La tuberculose laryngée primitive existe. La physiologie et l'anatomie pathologique le démontrent, les autopsies le confirment;

2° La seméïotique n'est pas toujours à même de faire noter dans les poumons les lésions récentes ou anciennes, surtout lorsqu'elles siègent dans les parties centrales;

3° La trachéotomie, si elle ne peut dans la phthisie sauver la vie au malade, est toujours un moyen de prolonger son existence. Malgré cela, la trachéotomie est d'une très grande gravité; il importe donc de ne la pratiquer que lorsque les symptômes de laryngo-sténose font prévoir une fin prochaine (*Archivii Italienni di laryngologia*, 3me année, 4me fascicule).

Tumeur kystique du corps thyroïde *(Cystic tumour of the Thyroïd body)* : par le Dr Sidney Hunt.

L'auteur fut appelé le 9 juin auprès d'une femme, d'environ 46 ans, qui était en proie à un accès de suffocation. Elle présentait au niveau de l'isthme du corps thyroïde une tumeur ayant environ le volume d'une orange; tumeur qui aurait augmenté rapidement dans l'espace de quelques minutes (elle avait auparavant la grosseur d'une noix). Le chloroforme et le nitrate d'amyle, la respiration artificielle furent employés en vain, car la malade succomba au bout de quelques minutes.

A l'autopsie la tumeur était remplie de sang nouvellement épanché qui, ayant déterminé l'accroissement rapide de la tumeur, avait occasionné la mort, soit par compression directe de la trachée, soit par spasme de la glotte, à la suite de compression des récurrents. Le larynx était sain et la trachée aplatie (*The Brit. med. journ.* 5 juillet 1884).

Le propriétaire gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

5e Année. N° 12. 1er Décembre 1884.

REVUE MENSUELLE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée. (1)

Par le Dr E. J. Moure.

Au moment ou les laryngopathies commencent à prendre dans la pathologie générale le rang qui leur convient, au moment où une véritable pleïade de travailleurs de toute nationalité s'acharne à défricher ce champ encore inculte en plusieurs points, il m'a semblé à la fois utile et nécessaire, de réagir contre une tendance assez générale, du moins dans nos pays, à savoir, de traiter les affections des premières voies respiratoires par ce qu'on a appelé la méthode substitutive. Bien souvent, avant même d'avoir pratiqué l'examen de l'organe vocal, avant

(1) Communication lue au Congrès internationnal des Sciences médicales de Copenhague (Séance du 14 Août 1884).

de connaître la lésion en face delaquelle on se trouve et, comme si tous les enrouements et toutes les altérations de la voix relevaient de la même cause, on prescrit une médication sulfureuse, (Eaux Bonnes, Cauterets), qui semble être ainsi une panacée universelle.

Ce n'est point que je veuille refuser aux eaux sulfurées toute espèce d'action sur la muqueuse des voies respiratoires et en particulier sur le larynx; bien au contraire, c'est parce que je les considère comme exerçant une action bien nette et bien déterminée sur ces parties de l'organisme, c'est même parce que je les crois très-actives, qu'il me paraît nécessaire de ne pas les employer un peu à tort et à travers, comme on le fait un peu trop souvent, au risque d'aggraver une maladie que l'on se proposait d'améliorer ou de guérir. C'est aussi parce que je suis bien convaincu de cette action des sulfureux,que je crois nécessaire de formuler nettement un diagnostic avant d'instituer une thérapeutique qui peut être préjudiciable au malade,et avoir quelquefois des résultats très graves. Je ne discuterai point ici l'utilité des eaux sulfureuses en général, dans les affections tuberculeuses des poumons Je ne parlerai point de l'abus qui en a été fait, de l'engouement qui s'est emparé de bien des praticiens depuis les travaux de Pidoux sur les Eaux-Bonnes. La question a été déjà traitée par des maîtres plus autorisés que moi en pareille matière, je me bornerai simplement à dire que si l'expérience de quelques-uns les a poussés à continuer l'emploi de la méthode substitutive, celle de beaucoup d'autres au contraire, les a rendus d'une prudence extrême à cet égard. Bon nombre de praticiens, ont même été forcés de renoncer complètement à ce moyen thérapeutique, car ainsi que le fait observer avec juste raison M. Péter dans ses leçons cliniques (Paris 1879, p. 547), « les médecins des eaux sulfureuses, connaissant parfaitement les dangers qui peuvent résulter de l'administration immodérée des eaux dans la tuberculose pulmonaire, ne conseillent leur emploi qu'avec une sage réserve et ne les prescrivent-ils qu'à des doses prudemment parcimonieuses. »

Il ne faut pas se dissimuler en effet que si les eaux sulfureuses comptent à leur actif quelques cas de guéri-

son de tuberculose pulmonaire, elle ont aussi trop souvent hâté un dénouement qu'une thérapeutique moins substitutive aurait peut être permis d'éviter. Vous m'excuserez Messieurs, de cette excursion dans le domaine de la pathologie générale, mais la tuberculose laryngée et la tuberculose pulmonaire sont si proches parents qu'il est bien difficile de parler de l'une sans dire quelques mots de l'autre.

Vous me permettrez donc maintenant, de laisser de côté les organes thoraciques, pour m'occuper spécialement des résultats obtenus par l'emploi des sulfureux dans la tuberculose du larynx. Étant, par ma situation à Bordeaux, sur le passage des malades qui se rendent, où plutôt reviennent des stations pyrénénnes (Eaux-Bonnes, Cauterets, etc.), et ayant eu en outre l'ocasion d'observer un grand nombre de malades tuberculeux du larynx, auxquels on avait administré des sulfureux, soit sous la forme d'eau minéral transportée, soit sous celle de fleur de soufre lavé, j'ai pu suivre en quelque sorte pas à pas, et avec certitude, c'est-à-dire le laryngoscope à la main, les effets de cet agent thérapeutique sur la muqueuse du larynx.

Déjà, en 1879, j'avais signalé l'influence nocive des inhalations de vapeurs sulfureuses chez une malade atteinte de phymie laryngée (1). A cette époque, je n'avais que quelques faits isolés sur lesquels il eut été difficile d'étayer une opinion sérieuse, mais aujourd'hui que les faits se sont multipliés, aujourd'hui que j'ai des observations nombreuses et parfaitement concluantes à cet égard, je crois de mon devoir de venir vous soumettre le résultat de mon expérience, dont j'avais du reste donné un aperçu dans le travail inaugural de mon chef de clinique M. le docteur Ducau. (2)

Je n'ai pas besoin de rappeler ici le mode d'action des eaux sulfureuses en général, de dire qu'elles doivent leur efficacité au gaz sulfydrique qui s'en dégage, et aux sulfures de sodium et de calcium qu'elles contiennent.

(1) De la syphilis et de la phthisie laryngée au point de vue du diagnostic (Paris, 1879).

(2) Des formes cliniques de la tuberculose laryngée, pronostic et traitement, p. 12 et suiv. (O. Doin, édit. à Paris. 1883).

Tout le monde sait que, prises à l'intérieur, elles activent la circulation, élèvent la température et favorisent la transpiration cutanée,qu'elles fluxionnent les viscères et déterminent même parfois un véritable mouvement fébrile, (fièvre thermale) accompagné d'un exanthène connu sous le nom de poussée. L'action élective des sulfureux sur les organes respiratoires, et en particulier sur lelarynx, est démontrée depuis longtemps déjà, et tout le monde connaît l'irritation laryngienne, *irritation dite substitutive*, à laquelle les eaux sulfureuses doivent toutes les cures qu'elles produisent, lorsqu'elles sont administrées en temps utile, et dans des cas bien déterminés.

La congestion de la muqueuse du larynx, tel est donc le résultat de la médication sulfureuse. — Mais étant donné un larynx tuberculeux, je ne parle point de la forme aiguë qui évidemment n'aurait que faire d'une poussée congestive venant s'ajouter à une inflammation déjà trop active par elle-même, mais étant donnée un phymie laryngée chronique absolument torpide, peut-on espérer retirer un bénéfice certain de l'emploi d'un médicamment qui va déterminer une poussée congestive dont on ne pourra jamais limiter exactement la portée, et dont le résulat sera, non comme on se le propose, de faciliter la résorption des liquides infiltrés dans des tissus plus ou moins hyperplasiés, mais au contraire de faire passer une maladie aussi grave de l'état chronique à l'état aigu et d'amener un dénouenent qui aurait pu,dans quelques cas, être reculé assez loin pour que le malade se considère à peu près comme définitivement guéri. Je ne pense pas en effet, que l'on puisse considérer comme un bienfait pour le malade, qu'une phthisie laryngée, torpide, chronique, caractérisée. par exemple, par un simple état œdémateux de la région aryténoïdienne, des végétations papillaires de la région inter-aryténoïdienne, un état plus ou moins catarrhal des cordes vocales, si on le veut même par un peu d'arthrite de l'une ou des deux articulations crico-aryténoïdiennes, en un mot une de ces tuberculoses laryngées comme tous les praticiens ont eu l'occasion d'en rencontrer bien souvent, je ne pense pas, dis-je, que le malade ait rien à gagner à voir, sous l'in-

fluence d'un agent thérapeutique quelconque, son larynx s'enflammer. C'est alors que les replis ary-épiglottiques de gris-rose qu'ils étaient, deviennent rouges, infiltrés, se couvrent de petites granulations jaunâtres, isolées au début, qui ne tardent pas à se réunir et à former bientôt ces vastes ulcérations que tout le monde connaît. Souvent même l'épiglotte et parfois le pharynx et le voile du palais s'enflamment à leur tour, et on a sous les yeux cette triste symptômatologie de la tuberculose aiguë, que chacun de nous a malhenreusement eu trop souvent l'occasion de rencontrer.

Jamais, à mon avis, il ne peut-être utile pour un malade de ramener à l'état aigu un affection chronique aussi grave que celle dont nous parlons ici.

Peut-être, pourrait-on croire que pour mieux soutenir cette thèse, j'exagère l'effet de la médication substitutive. Je sais bien qu'il est des cas ou l'emploi des sulfureux ne produit aucune espèce d'irritation, mais la congestion recherchée ne se manifestant pas pour une cause ou pour une autre, la substitution ne peut se produire et l'administration de l'agent minéral est alors inutile ; aussi ne puis-je envisager ici les cas de ce genre. Si au contraire, les sulfureux produisent leur effet habituel, ils sont dangereux. Faut-il en effet rappeler l'opinion de Pidoux (1) qui était pourtant un partisan bien déclaré des eaux sulfureuses dans la tuberculose, cet auteur n'a-t-il pas écrit qu'il a toujours trouvé les eaux sulfureuses (Eaux-Bonnes) vaines ou nuisibles dans la phthisie laryngée « elles irritent trop le larynx, disait-il, et on n'observe pas plus tard la réaction voulue ». Plus récemment encore, Guinier, de Cauterets, signalait cette sensibilité extrême de la muqueuse du larynx dans les cas de tuberculose laryngée en disant : (2) « Avec deux verres de la Raillère par jour, » et trois quarts de verre en gargarisme ; il est commun » de voir se produire, dès la première semaine, des phé- » nomènes locaux de réaction qui nécessitent la suspen- » sion momentanée du traitement thermal, nul doute que » de grandes doses seraient funestes au malade dans

(1) Loc. cit p. 457 édit. 1874.
(2) Revue med. Toulouse n° 7 juillet 1883.

» tous les cas. » Ce sont ces résultats funestes que j'ai vu se produire bien souvent, et c'est sur des faits nombreux et bien observés que je me suis basé avant de venir vous apporter des conclusions aussi formelles que celles qui terminent ce travail.

CONCLUSIONS

Comme conclusion des quelques considérations qui sont développées dans mon travail, je dirai :

1° Que je considère la médication sulfureuse, dite substitutive, comme *absolument contre-indiquée* dans la tuberculose laryngée, quelle que soit, du reste, la forme sous laquelle se présente l'affection ;

2° Dans les cas chroniques et nettement torpides, eux-mêmes, la médication sulfureuse a, selon moi, le tort de produire une irritation locale, dont il est toujours difficile, pour ne pas dire impossible, de mesurer la portée, et de faire évoluer rapidement une affection qui aurait pu rester longtemps dans le *statu quo*, ou s'améliorer et peut-être même guérir ;

3° Je considère comme très heureux les cas dans lesquels la médication, dite substitutive, ne produit aucun effet ; soit que le sujet soit réfractaire au traitement, soit que ce dernier soit institué avec une prudence raisonnée et en connaissance de cause ;

4° Enfin, je ne craindrai pas d'affirmer que les plus beaux cas de tuberculose miliaire du larynx et de l'arrière-gorge que j'ai vus, et ils sont malheureusement trop nombreux, ont toujours été la conséquence d'un traitement sulfureux, souvent de courte durée, 8 à 15 jours, prescrit dans le but de combattre un simple enrouement dont la cause réelle n'avait pas, en général, été reconnue.

Dr E. J. Moure.

De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique de la muqueuse du pharynx, du larynx, du nez, et dans le traitement des affections de ces organes et de l'oreille.

par les Drs E. J. Mocre et J. Baratoux.

La communication des Docteurs Jelinek, Knapp et Roosa, sans parler de celles des oculistes,(1) sur l'emploi de la cocaïne pour obtenir l'anesthésie des muqueuses du pharynx, du larynx, du nez et de l'oreille, est beaucoup trop importante pour que nous nous bornions à donner une simple analyse de ces travaux sans venir apporter le résultat de notre expérience de quelques jours.

Rappelons d'abord les faits publiés récemment avant de donner notre appréciation personnelle sur leur valeur historique et sur l'emploi que nous avons fait de la cocaïne depuis le jour ou nous avons lu les communications suivantes :

De la Cocaïne comme anesthésique et analgésique dans le pharynx et le larynx, (*Société impériale et royale des médecins de Vienne*, séance du 24 octobre 1881. *Wien. med. Wochenschr.*, 45, 46, le 8 et le 15 novembre 1884, par E. Jelinek.) — Jelinek fait une communication sur l'emploi de la cocaïne comme anesthésique et analgésique du pharynx et du larynx. Jusqu'à ces derniers jours on avait en Allemagne, employé dans les opérations sur le larynx, la méthode de Stoerk modifiée par Schroetter, qui consiste à faire la veille de l'opération douze badigeonnages chloroformés, et une heure après, alors que la muqueuse est hyperhémiée, douze autres badigeonnages avec une solution concentrée de morphine qui est facilement résorbée, en raison de l'hyperhémie de la muqueuse. Mais cette méthode avait parfois de graves inconvénients en raison de l'intoxication qu'elle pouvait produire; en outre, les badigeonnages préalables au chloroforme causaient au malade une vive sensation de brûlure.

La cocaïne, au contraire, anesthésie le larynx au bout de 2 à 15 minutes (la durée dépend de la sensibilité de l'indi-

(1) C'est en effet aux occulistes et parmi eux à Koller que revient l'honneur d'avoir le premier signalé les effets anesthésiques de la cocaïne sur la conjonctive et la cornée.

vidu) et sans provoquer aucun phénomène nuisible. Le sensations du tact, de chaleur, de goût (si on l'applique sur la langue), sont diminuées ou abolies, il en est de même des réflexes.

Jelinek a employé le chlorhydrate de cocaïne (cocaïnum muriaticum) parce que la cocaïne pure se dissout difficilement et n'agit pas aussi promptement que le chlorhydrate qui se dissout plus facilement dans l'éther et l'alcool jusqu'à 2 p. 100 (cependant Köller, qui l'a employé dans l'œil, affirme que cette substance est soluble dans l'eau jusqu'à 5 p. 100). Pour le pharynx et le larynx, Jelinek se sert d'une solution aqueuse alcoolisée à 10 p. 100 ou à 20 p. 100 (la solution de 10 p. 100 : chlorhydrate de cocaïne, 1 gr.; alcool pur, 2 gr.; eau distillée, 8 gr. Celle à 20 p. 100 : chlorhydrate de cocaïne, 1 gr.; alcool pur, 2 gr.; eau, 3 gr.).

Lorsqu'on veut obtenir l'anesthésie, avant de pratiquer une opération, on badigeonne avec un pinceau non seulement le champ opératoire du larynx, mais encore toutes les parties du pharynx qui pourraient être touchées par les instruments. Après deux ou trois badigeonnages, si l'on emploie la solution à 20 p. 100, on obtient facilement une anesthésie qui dure de 5 à 10 minutes. Si ce temps ne suffit pas à terminer l'opération, on répète les attouchements toutes les 5 minutes. L'auteur cite des observations de malades (un cas de polype et un cas de papillome du larynx) que le professeur Schrœtter put facilement opérer après que l'auteur eut lui-même anesthésié le larynx à l'aide de la cocaïne.

La cocaïne a été employée avec succès dans la pharyngite aiguë, dans l'angine tonsillaire et dans la tuberculose du larynx. Il fait en particulier le récit détaillé d'un malade atteint d'une infiltration tuberculeuse de l'épiglotte et chez lequel, à chaque attouchement, il faisait disparaître les douleurs pendant quelques heures, rendant ainsi l'alimentation possible.

Pour ce dernier usage, il emploie une solution aqueuse que l'on doit agiter immédiatement avant de s'en servir. La cocaïne diminue le gonflement de la muqueuse enflammée et modère la sécrétion.

Hydrochlorate de Cocaïne. Expériemces et applications (*Hydrochlorhydrate of cocaïne : experiments and applications*), (*The Med. Record.*, 25 octobre 1884), par le Dr Knapp, de New-York. — L'auteur donne le résultat de ses expériences sur la

cocaïne, expériences faites sur lui-même, sur plusieurs membres de sa famille et sur différents malades. Lorsqu'on instille dans l'œil une solution de cocaïne, une solution à 2 ou 4 pour cent de cocaïne, on observe sur un œil sain les phénomènes suivants : l'instillation ne produit ni gêne ni douleur; la conjonctive, le fond de l'œil restent normaux; ses effets commencent à se produire trois minutes après sa première instillation et ont complètement disparu au bout d'une heure. La pupille commence à se dilater après dix minutes; la dilatation est parfois aussi grande que celle qne l'on obtient avec l'atropine. Il ne reste plus de traces de dilatation le jour qui suit l'applicatiou du remède.

Le pouvoir d'accommodation est diminué, mais pendant peu de temps.

L'auteur ne s'est pas seulement contenté d'expérimenter les effets de la cocaïne sur les yeux; il a étudié son action sur d'autres organes : l'oreille, la bouche, le nez, le larynx et la trachée, l'urèthre et le rectum. Dans l'oreille, l'auteur croit que la cocaïne est appelée à rendre de grands services; il l'a employée dans un cas très douloureux de polypes de l'oreille; il constata une diminution considérable de la douleur après deux instillations successives.

Dans la bouche, la cocaïne exerce une action temporaire et locale non-seulement sur la sensibilité de la langue et du pharynx, mais encore sur le sens du goût. Lorsqu'elle n'abolit pas complètement le sens du goût, c'est évidemment parce qu'on ne l'a pas portée sur toutes les parties par lesquelles s'exerce ce sens.

Dans le nez, le sens de l'olfaction s'exerçant par les parties supérieures du nez, il est difficile d'expérimenter l'action de la cocaïne dans le nez. L'auteur conclut toutefois que la cocaïne anesthésie la muqueuse nasale et abolit momentanément le sens du goût.

Le nouvel anesthésique local (*The New Local Anaestketic*), (*The Med. Record.*, 25 octobre 1884.) par le Dr John Roosa, professeur pour les maladies des yeux et des oreilles. — L'auteur s'est servi de cocaïne dans diverses opérations sur les yeux et dans un cas de névralgie du tympan très douloureuse. Dans ce dernier cas, le malade sentit sa douleur disparaître dix minutes après les instillations. Dans ses opérations

sur les yeux, l'auteur a obtenu une anesthésie complète et les mêmes effets que ceux que nous avons rappelés dans l'article de Knapp.

Réflexions : D'après les communications qui précèdent, il semble que la propriété anesthésique de la coca en général avait été absolument méconnue jusqu'à ces derniers temps, et que l'on considérait encore en Europe la coca (Erytroxylon coca) comme l'analogue du café. Cependant en 1877 le Dr Ch. Fauvel, cité incidemment par le Dr Scaglia (*Gaz. des hôpit.*, 12 mai 1877), utilisait déjà à cette époque l'action anesthésique, il serait peut être préférable de dire analgésique, de la coca sur la gorge dans l'angine granuleuse.

En 1878, nous avions également vu employer à la clinique du Dr Fauvel, par ce praticien et par son chef de clinique le Dr Coupard, l'alcoolature concentrée de coca pour combattre les douleurs de la tuberculose laryngée, nous mêmes à cette époque avons fait usage de ce topique dans des cas analogues.

En 1880, le Dr Von Auréso publia dans *lo Spérimentale* (fasc. V) le résultat de ses recherches sur le coca et la cocaïne. De ses expériences, il conclut que la cocaïne agit sur le système nerveux central et sur les terminaisons des nerfs qu'elle paralyse : Les réflexes sont diminués et même complétement abolis.

Un peu plus tard, en 1881, le Dr du Cazal parlait incidemment des propriétés analgésiques de la coca dans les douleurs des tuberculeux à propos d'une communication du Dr Millard sur un cas de granulie aiguë de l'arrière gorge (*Soc. méd. des hôpitaux*, séance du 12 novemb. 1881.)

Puis enfin en 1882 le Dr Coupard, publiait dans la Tribune médicale. (*Trib. méd.* 27 *août* 1882. N° 732) la formule suivante :

La coca dans les affections douloureuses du pharynx et du larynx. — Faire une macération alcoolique de feuilles de coca, puis évaporer l'alcool au bain-marie jusqu'à une consistance du maceratum, qui se rapproche de la consistance sirupeuse.

S'emploie en badigeonnages ou en pulvérisation (avec addi-

tion, dans le dernier cas, de 1/10 d'eau), dans les *pharyngites douloureuses chroniques* et même *subaiguës;* dans la *phthisie laryngée* douloureuse; dans certaines *toux convulsives;* réussit quelquefois dans le *spasme œsophagien.*

Si la préparation est employée pour attouchements laryngiens, s'en servir telle qu'elle est indiquée ci-dessus; si c'est pour attouchements pharyngiens, y ajouter un sixième de son poids de glycérine neutre.

On avait donc, avant ces jours derniers, songé à employer le coca danc quelques affections de la gorge, mais il est vrai de dire que c'était plutôt les effets analgésiques de cette substance que l'on avait recherché jusqu'à ce jour. De même il faut avouer que l'*alcoolature* de coca ne pouvait être employé dans tous les cas et que son action était loin d'être aussi énergique que celle de la cocaïne. 'Lintroduction de cet alcaloïde est donc un progrès considérable pour la thérapeutique des maladies des yeux, du larynx, du pharynx, du nez, des oreilles, et de bien d'autres organes dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Jusqu'à aujourd'hui nous pouvons affirmer de notre côté, que nos expériences concordent absolument avec celles qui ont été publiées par les promoteurs de cette méthode. En effet nous avons employé la cocaïne et le chlorhydrate de cocaïne dans les amygdalites et pharyngites aiguës ainsi que dans le coryza et les ulcérations douloureuses du larynx.

Une solution de chlorhydrate de cocaïne à 3 ou 5 0/0 a une heureuse influence sur ces affections. Auparavant nous faisions usage d'une solution de 0,02 à 0,04 centig. de sulfate neutre d'atropine associée à la morphine avec 10 grammes de glycérine; les quelques cas que nous avons traités avec la cocaïne nous ont donné des résultats favorables.

Il en est de même des inflammations aiguës de l'oreille où l'on a avantage à employer les instillations de cocaïne. Ce médicament ayant aussi la propriété de diminuer les secrétions est utile dans les catarrhes du nez avec hypersecrètion de la muqueuse.

Nous avons aussi obtenu une amélioration sensible de l'otorrhée dans deux cas qui était rebelles au traitement ordinaire (Baratoux),

Mais c'est surtout comme anesthésique que le chlorhydrate de cocaïne présente des avantages puisque pour anesthésier le pharynx, le larynx ou les autres muqueuses, il suffit de les badigeonner une ou plusieurs fois avec une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne à 10 ou 20 0/0. (La cocaïne est peu soluble dans l'eau, contrairement au chlorhydrate de cocaïne).

(Voici la manière de procéder pour arriver à ce but :) Après avoir trempé un pinceau, ou une tige garnie de coton, dans cette solution, l'on badigeonne sans exception toutes les parties que l'on veut anesthésier. Au bout de une ou deux minutes on recherche si l'excitabilité est diminuée, si elle ne l'est pas suffisamment, on fait un deuxième badigeonnage; quelquefois ont est obligé de recommencer cette opération jusqu'à quatre ou cinq fois. On obtient alors une anesthésie qui dure de 5 à 10 minutes.

Lorsque les personnes sont très excitables, on est obligé d'avoir recours à la solution forte (20 0/0).

Grâce à cette méthode, nous avons pu enlever facilement, au moyen de la guillotine du professeur Stœrk (Baratoux), un polype inséré sur la corde vocale gauche d'une malade qui avait, auparavant, des reflexes tellement accentués, que c'est à peine si on pouvait lui introduire un miroir dans le pharynx, sans déterminer des nausées.

Nous avons aussi employé ce procédé pour l'extirpation de polypes du nez et de l'oreille.

J'ai également enlevé sur la corde vocale gauche d'un malade, précédemment opéré par moi de polype du larynx couvrant presque tout l'orifice glottique, un pédicule que son exiguité et les contractions spasmodi ques du larynx m'avaient empêché de saisir. Grâce à l'anesthésie produite par la cocaïne, j'ai pu aller assez lentement dans le larynx et, je puis même ajouter, facilement saisir le néoplasme (Moure).

La galvanocaustie des amygdales et du nez est parfois assez douloureuse, grâce au badigeonnage des parties à toucher, avec une solution à 5 et même à 3 0/0, les cautérisations ont pu être faites avec insensibilité, généralement complète des parties.

Cependant, la cocaïne étant toxique à doses assez minimes, nous pensons qu'il est préférable de ne pas répéter trop souvent, dans la même séance, les attouchements faits à ce médicament et d'employer, au début, la solution faible à 10 0/0.

Faut-il ajouter que ce médicament, malgré son prix de revient excessif (17 à 18 fr. le gramme), est destiné à jouer un rôle important dans la thérapeutique des maladies du larynx, du nez des oreilles et de bien d'autres organes.

De la syphilis de l'oreille (*suite*) (1);

Par le Dr J. Baratoux.

Le Dr Pierret (2) publie deux cas de tabes dorsalis ayant débuté par des vertiges, des bourdonnements et de la diminution de l'ouïe. De ces deux malades manifestement syphilitiques, l'un succomba et l'autopsie permit de constater des lésions du bulbe.

Le professeur Parrot (3) regarde l'otorrhée comme une complication rare de la syphilis héréditaire. Il dit ne l'avoir observée que chez les enfants ayant eu une éruption très abondante sur la face. Pour lui, l'affection auriculaire serait due soit à une éruption du conduit auditif externe, soit à une inflammation des fosses nasales qui se serait propagée par la trompe d'Eustache. Il admet, avec juste raison, qu'il faut faire une part à l'athrepsie dans cette génèse de l'otite chez les syphilitiques.

La même année, Kipp (4) rapporte six cas de syphilis héréditaire tardive; cinq fois, la kératite avait précédé la surdité.

Schwartze (5) admet que les ulcérations syphilitiques de l'ouverture de la trompe peuvent gagner le cartilage

(1) Voir *Revue*, nos 10 et 11, 1883 et nos 2, 8 et 10, 1884.
(2) Pierret. *Rev. de méd et de chirur*. 1877, I. 2, p. 107.
(3) Parrot *Syphilis héréditaire. Progrès médical*, 1878, p. 414.
(4) Kipp. *Méd. Gaz.* 1878, 16 février, p. 168 et *Transact. of the Ann. otol. Society Boston*, 1880.
(5) Schwartze. *Patholog. anat. des Ohres, In Klebs, Handbuch der path. An.* 6 L., Berlin, 1878.

en superficie et en profondeur et que de plus on observe parfois un catarrhe séreux de l'oreille moyenne.

Le Dr Desprès (1) croit que les gommes du conduit sont rares, mais « ce qui est beaucoup plus commun, dit cet auteur, ce sont les petites gommes sous-périostiques du conduit ulcérées qui ont lieu consécutivement à la scrofule, à la tuberculose ou à la syphilis ». M. Desprès signale aussi l'existence des plaques muqueuses de l'orifice de la trompe en même temps qu'il rappelle les faits de contagion dus à un médecin des sourds-muets auquel il « arrivait de sonder un sujet sain après un syphilitique atteint de plaques muqueuses de l'arrière-cavité des fosses nasales ».

Dans un autre article (2) sur les plaques muqueuses du conduit, le même chirurgien a noté que sur 1200 syphilitiques, 980 avaient des plaques à la période d'état, au moment de leur entrée à l'hôpital, mais dans cinq cas seulement elles siégeaient dans le conduit.

A la même époque, Julien (3) dit qu'il faut redouter les approches de la puberté chez les syphilitiques, car souvent l'on voit se développer des troubles de l'ouïe. Gressent (4) avait déjà noté que chez les enfants atteints de syphilis congénitale, on pouvait voir apparaître de huit à quinze ans des otopathies de forme particulière.

En 1879, le Dr Hulot (5) relate un cas de chancre de la base de tragus qu'il a observé dans le service du professeur Fournier.

Knapp (6) rapporte que sur 9 à 10000 sujets affectés de syphilis, il n'en a vu qu'un seul présentant une éruption papulo-érosive des conduits externes.

Outre les condylomes qui peuvent se montrer dans le conduit chez les enfants syphilitiques, de Troeltsch (7) y

(1) Desprès. *Art. Oreille, In nouveau Dict. de med. et de chir. prat.* Paris, 1878, p. 62, 66, 71 et 73.

(2) Desprès. *Note sur les variétés de siège des plaques muqueuses, en particulier des plaques muqueuses du conduit auditif. In Ann. des oreilles*, t. IV, p. 6, 1878.

(3) Julien. *Traité pratique des maladies vénériennes*, Paris. 1878.

(4) Gressent. *Des manifestations tardives de la syphilis héréditaire, Thèse de Paris.* 1874, p. 48.

(5) Hulot. *Chancres extra-génitaux. Ann. de derm. et de Syph.*, 1879, I, p. 29.

(6) Knapp. *Condylomes des deux conduits auditifs. Z f., Ohr.*, t. VIII, p. 124.

(7) Von Troeltsch. *Die Krankheiten des Gehörorganes. In Gerhardt' Handbuch der Kinderkrankh. Bd. V. Abth.* 1, p. 61. 1879.

a observé les vésicules pemphygoïques lorsque la diathèse était congénitale.

Dans ses leçons sur la syphilis du cerveau, le pr A. Fournier (1) relate l'histoire d'un de ses clients qui devient sourd six ans après avoir contracté la syphilis. Le traitement mercuriel guérit rapidement cette affection.

Sexton (2) publie trois cas de surdité brusque qu'il attribue à des phénomènes congestifs de l'oreille moyenne ou à des granulations sans admettre des lésions nerveuses; les trois malades étaient sous l'influence de la maladie vénérienne.

L'apophyse mastoïde est altérée dans un cas que signale Gervais (3) et le temporal est expulsé dans une autre observation de Wreden, recueillie chez une petite syphilitique héréditaire, âgée de 8 mois.

Sur 3976 malades, dont Buck(4)a recueilli l'observation, 30 seulement présentent les lésions de l'ouïe consécutives à la syphilis : ulcérations de l'oreille externe, catarrhe de l'oreille moyenne ou affection du labyrinthe.

Dans le type qu'Augagneur (5) donne du malade atteint de syphilis congénitale tardive, il prend une jeune fille de 18 à 20 ans qui, outre les lésions des yeux et des dents, offrirait encore une surdité partielle ou totale consécutive à une otorrhée.

Delstanche fils (6) ne croit pas à l'origine syphilitique des exostoses du conduit. Ses recherches ont été faites sur un grand nombre de malades de l'hôpital St-Pierre et il n'en a trouvé que deux cas chez des prostituées non syphilitiques.

Billiard (7) rapporte l'observation d'une femme ayant en même temps que des manifestations du côté de la peau et de la gorge une surdité qui diminua à la suite d'un traitement prolongé.

(1) A. Fournier. *La syphilis du cerveau*, 15e leçon, p. 388, 1879.

(2) Samuel Sexton. *Deafness of syphilis. Am. j. of med. sc.* 1879 *et am. j. of otology*. Vol. II. 2. p. 301.

(3) Gervais. *Abces matsoïdiens. Thèse Paris*. 1879.

(4) A. H. Buck. *Syphilitic affections of the Ear. Am. j. of ot.* V. I. 1, 25, 1879.

(5) Augagneur. *Étude sur la syphilis héréditaire tardive. Thèse Lyon*. 1879. N° 20.

(6) Delstanche fils. *Contrib. à l'étude des tumeurs osseuses du conduit auditif externe*. Bruxelles, 1879. N° 19.

(7) Billiard. *Remarques sur quelques affections de l'oreille. Thèse Paris*. 1879. 457. p. 13.

Dans le compté-rendu des maladies observées à la clinique des Quinze-Vingts, le Dr Fieuzal (1) publie l'observation de deux enfants atteints de kératite parenchymateuse avec dents d'Hutchison, ulcère *scrofuleux* d'une amygdale, perforation du voile du palais et de la voûte palatine, qui furent atteints de surdité presque complète. Nous pensons que ces cas doivent être rattachés à la syphilis héréditaire. Dans un troisième fait, l'enfant présentant la triade d'Hutchison avait contracté la syphilis de sa nourrice.

Saint-John Roosa (2) cite un cas qu'il a observé avec le Dr Tracy. Il s'agissait, croit-il, d'une effusion sanguine survenue autour de l'auditif et du facial chez un malade syphilitique.

Le même auteur attaque aussi l'opinion de Sexton. Contrairement à son confrère, Saint-John Roosa (3) admet une lésion du labyrinthe ou du nerf auditif lorsque la surdité survenant brusquement chez un syphilitique, le diapason n'est pas entendu par la voie cranienne.

L'observation d'un malade ayant eu en même temps qu'une irido-choroïdite, des troubles vertigineux avec bourdonnements et surdité, suggère à Knapp (4) l'idée que les lésions qu'il rencontrait chez un syphilitique sont identiques dans l'œil et dans l'oreille ; elles seraient dues à de l'hypérémie et à de l'hydropisie des deux organes.

Sturgis (5) relate trois cas d'affection de l'oreille moyenne pendant la période secondaire de la syphilis et montre la manière dont cette maladie atteint la caisse. Pour lui il n'y a pas d'inflammation aiguë et la membrane du tympan s'infiltre de telle sorte que ce signe est d'une première utilité pour établir le diagnostic.

Dans son traité, Urbantschitsch (6) signale les diverses manifestations de la syphilis sur le pavillon (syphilides

(1) Fieuzal. *Fragments d'ophthalmologie*. 1879. p. 131, obs. 32, 33 et 935.
(2) Saint-John Roosa. *A pratical Treatise on Diseases of the ear. Fourth. édit.* 1879.
(3) Saint-John Roosa. *Syph. Erkrankh. des inn. Ohr. Z. f. O.* IX. 4. p. 303.
(4) Knapp. *Syph. const. Archs. of. opth. and otol.* t. XI.
(5) Sturgis. *Des affections de l'oreille pendant la période secondaire de la syphilis. Méd. Rec.* Boston 1880.
(6) Urbantschitsch. *Lerbuch der Ohr. Wien.* 1880. 1re édit. et *Beobacht. über cent. Nerv Acustic. Affect. Arch. f. Ohr.* 1880. XVI, p. 171.

papuleuses, tuberculo-ulcéreuses et gommes) et dans le conduit (macules, papules, condylomes, ulcérations). D'après cet auteur, l'otite externe syphilitique peut déterminer des adhérences et des cicatrices des parois, avec retrécissement du conduit. Selon lui, la maladie vénérienne faciliterait le passage à l'état chronique de la tympanite aiguë; elle n'occasionnerait pas les exostoses du conduit, mais elle amènerait l'hypérostose du marteau. Cet auteur a remarqué que les individus en puissance de syphilis sont quelquefois atteints de troubles considérables de l'ouïe dus à une cause occasionnelle tres légère; aussi attribue-t-il ces symptômes à une lésion de nerf auditif.

Zuckerkandl (1) signale deux cas d'ostéophytes considérables des rochers, observées chez des sujets syphilitiques.

Barthélemy (2) rapporte une observation de chancre du pilier antérieur gauche suivi de surdité du même côté, et Brisson (3) un nouvel exemple d'otorrhée consécutive à une ancienne syphilis.

Politzer (4) contribue à l'étude de cette maladie en signalant à son tour que la perception crânienne diminue rapidement lorsque l'oreille interne est prise.

Sur cent quarante quatre cas de syphilis recueillis en deux ans par Ravogli (5), cet auteur n'a vu que quinze fois l'oreille moyenne atteinte, et une seule fois le conduit et le pavillon.

Moos (6) cite une observation d'otite moyenne purulente avec formation de polypes insérés à la paroi labyrinthique de la caisse et affection de l'oreille interne, dont le traitement produisit un bon résultat.

Le professeur A. Fournier (7) donne les caractères des syphilides du conduit, signale les troubles que peuvent

(1) Zuckerkandl. *Mon f. Ohr.*, 1880.
(2) Barthélemy. *Chancre du pilier antérieur. Ann. des mal. de l'oreille*, t. VI, p. 316, 1880.
(3) Brisson *Quelques considérations sur l'otorrhée sans lésion osseuse. Th. Paris*, 1880, p. 47.
(4) Politzer. *Arch. f. Ohr.*, 1880, t. XVI, p. 171.
(5) Ravogli. *Influence de la syphilis sur les maladies de l'oreille.* Congrès Milan, 1880, Comp'e-rendu 1882, p. 129.
(6) Moos. Cong. Milan, 1880. C.-r., p. 133.
(7) A. Fournier. *Leçons cliniques sur la syphilis étudiée principalement chez la femme*, 2e édition, 1881.

occasionner les syphilides pharyngées, en même temps qu'il relate un nouveau cas de contagion par la sonde.

Dans notre thèse inaugurale (1), nous empruntons à Archer un cas d'altération de l'ouïe qu'un traitement antisyphilitique améliora rapidement. Nous citons, en outre, deux observations : l'une de gomme de la base du crâne comprimant l'acoustique, et l'autre d'otite moyenne purulente avec destruction du tympan.

Pollak (2) voit une gomme de la région mastoïdienne coïncider avec une otorrhée et plus tard avec une ulcération du pavillon chez un homme qui avait eu un chancre dix ans auparavant.

Palasme de Champeaux (3) croit que la syphilis a une certaine influence sur la maladie de Ménière. « Dans le cours de la syphilis constitutionnelle, il n'est pas rare, dit-il, de voir se produire l'invasion brusque de l'otite labyrinthique.

Roussel (4) cite aussi deux cas de surdité et un cas d'otorrhée chez des enfants syphilitiques.

Rizat (5) divise les lésions spécifiques de l'oreille. 1° en syphilides de l'oreille externe: 2° en otorrhées et 3° en ostéites du rocher et névrites auditives.

Terrier (6) rappelle qu'il existe une otite externe syphilitique, que l'otite moyenne aiguë et l'otite chronique catarrhale, peuvent avoir pour cause une syphilide du pharynx et qu'enfin certaines lésions labyrinthiques dépendent anssi de cette maladie générale.

Après avoir rapporté que les condylomes du conduit externe et le catarrhe aigu sont des accidents assez fréquents de la syphilis, de Troeltsch (7) dit que Schwartze a observé la sclérose de l'apophise mastoïde à la période avancée de cette maladie.

Hartmann (8) consacre un chapitre à la syphilis de l'oreille externe et s'étend longuement sur celle des par-

(1) Baratoux. *Pathogénie des affections de l'oreille éclairée par l'étude expérimentale.* 1881.
(2) Pollak. *All. Wien. med. Zeit.* 1881, 21.
(3) Palamse de Champeaux. *Maladie de Ménière. Thèse Paris*, n° 65, p. 13.
(4) Roussel. *De la syphilis héréditaire. Thèse Paris.* n° 65, obs. LVII LXXVII et XCI.
(5) Rizat, *Maladies vénériennes*, 1881.
(6) Terrier. *Manuel de pathol. chirurg.* 3e édit. 1881.
(7) de Troeltsch. *Lehrb. der Ohr.* 1881, 7e édit.
(8) Hartmann. *Die Krankh. der Ohr.* 1881, p. 79 et 183.

ties internes. Dans deux cas de syphilis congénitale, il a vu la surdité venir rapidement dans l'un et lentement dans l'autre.

A. Robin (1) a trouvé quarante cas d'otorrhée ayant eu un retentissement sur le cerveau ; trois de ces malades étaient syphilitiques. Il a constaté aussi que parmi cinquante-cinq sujets morts d'accidents cérébraux consécutifs à une otite moyenne purulente, trois avaient eu la syphilis.

Au congrès de Londres, Pierce (2) lit un mémoire sur les lésions congénitales et acquise de l'ouïe, basé sur quarante cas de syphilis acquise et trente-cinq de syphilis congénitale et essaie d'en donner les caractères fondés sur la surdité à marche rapide, sur le bourdonnement et l'affection oculaire pré ou co-existante.

A cette même réunion, le Dr Barr range la syphilis parmi les causes de la surdité nerveuse et Bride rappelle que l'ouïe diminue brusquement dans cette maladie.

M. Lancereaux (3) rapporte un cas de surdité due a une tumeur s'étendant du fond du conduit auditif interne au sommet du rocher enveloppant ainsi la huitième paire. Cet auteur croit que cette tumeur est une gomme cicatrisée.

Thorens (4) publie un cas d'othématome de l'oreille chez un enfant de cinq ans atteint de syphilis héréditaire.

Les recherches de Hedinger (5) faites sur une quarantaine de sujets présentant les exostoses de l'oreille, le font se ranger à l'avis du Dr Delstanche.

Burnett (6) cite un cas de surdité de l'oreille droite qu'il rattache à la syphilis.

En 1882, nous observons un nouveau cas de contagion par les sondes sur une femme de soixante trois ans. (7)

Hamonic (8) rapporte un cas de surdité et de bourdonnement au deuxième mois d'une syphilis.

(1) A. Robin. *Des affections centrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif*. 1881.

(2) Pierce. *The actiom of syphilis on the Ear. Cong.* Londres, 1881, 8 août *et the Specialist*. nov. et déc. 1880.

(3) Lancereaux. *Union méd.* 1881, 1er nov.

(4) Thorens. *Soc. méd. de Paris* . 1881, 10 nov. *Un. méd.* 1882, 6 mai.

(5) Hedinger. *Ueber eine eigentth. Exostose im Ohr. Z. f. O.* X. I ,p. 49.

(6) Burnett. *A case of. probable Syph. Deafness in one Ear. Am. j. O.* 1881. vol, III, 3, p. 199.

(7) Baratoux. *Pathologie et Thérapeut. génér. de l'oreille*. 4882, p. 71

(8) Hamonic. *Ann. Syph. e Derm.* 1882.

Stenger (1) voit un malade atteint de la vérole depuis dix-huit ans avec vertiges et diminutions de l'ouïe. A son autopsie, il trouve des gmomes de la moitié du pont de varole, des circonvolutions pariétales et du centre ovale auquel il attribue la surdité?

Le tabes dorsalis d'origine syphilitique peut débuter par des troubles de l'audition, ou même par la maladie de Menière, comme M. Fournier (2) en a observé un cas.

Samuel Sexton (3) lit à la Société de Médecine de New-York, le 19 mai 1882, l'observation d'une femme ayant présenté une éruption recouvrant les deux pavillons de croûtes épaisses fermant complètement les meats. Un traitement mixte améliora rapidement l'affection.

Politzer (4) dit que la syphilis se manifeste ordinairement sur le pavillon par des éruptions squameuses, pustuleuses et papuleuses ; dans le conduit, par des condylomes et des ulcérations, et dans l'oreille interne, par des bourdonnements de la surdité avec abolition de la perception crânienne. Des deux observations qu'il rapporte, l'une s'est terminée par la guérison, l'autre par la mort.

Gruber (5) publie un cas de papules syphilitiques du conduit externe.

Beverley Robinson (6) rapporte un cas douteux de surdi-mutité qu'il attribue à la syphilis héréditaire.

Dans une discussion à la Société de Médecine de Berlin, Lewin (7) dit qu'il est difficile de distinguer la scrofule de la syphilis congénitale, lorsque celle-ci s'accompagne de lésions de pharynx.

Seligsohn cite un cas d'altération de l'ouïe coïncidant avec des oreillons et rattache ces troubles à la syphilis héréditaire.

Webster (8) observe deux faits d'otite interne unilatérale due à la syphilis acquise. L'un de ces malades devint plus tard sourd des deux côtés.

(2) Stenger. *Arch. fur Psych.* XI. I.
(3) A. Fournier. *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, p. 160.
(5) Samuel Sexten. *The med. Rec.* New-York. 1882. 3 juin.
(4) Politzer. *Lehrbuch der Ohr* 1882. II.
(6) Gruber *Rev. mens. de laryngolog. et d'otologie.* 1883, 1er janvier.
(7) Beverley Robinson. *Med. Rec.* 1883, 6 janvier.
(8) Lewin. *Soc. med. de Berlin.* 1883, 12 janvier. *Berl. Kl. Woch.* 1883, 7 mai.
(1) David Webster. *Arch. of Otology* New-York, 1883.

M. Brocq (1) voit les bourdonnements se développer en même temps que des douleurs auriculaires chez un syphilitique héréditaire âgé de vingt-quatre ans et MM. Leloir et Perrin (2) une otorrhée chez une jeune fille de seize ans. Ces deux observations proviennent du service de M. A. Fournier.

M. Dubuc (3) publie l'observation d'un tabétique présentant de la surdité et des bourdonnements.

Binet (4) mentionne une otorrhée coïncidant avec les lésions des yeux et des dents chez une jeune fille de vingt-deux ans.

Lépine (5) trouve à l'autopsie d'un jeune homme de dix-huit ans complètement sourd et amaurotique une tumeur de la base du crâne qu'il regarde comme un syphilome.

Noquet (6) communique à la Société d'otologie l'observation d'un enfant de dix ans atteint d'une otite moyenne double avec perte de substance du voile du palais et ulcération de l'amygdale gauche.

Crohn (7) observe un écoulement purulent de l'oreille droite chez un enfant syphilitique agé de quelques mois.

Barthélémy (8) cite un cas analogue chez un jeune homme de quinze ans.

Guerder (9) fait remarquer avec raison que toutes les lésions auriculaires qui se présentent dans le cours de l'infection syphilitique ne doivent pas être considérées comme étant de nature spécifique, et il essaie de donner les caractères de la syphilis héréditaire de l'oreille interne.

M. Mauriac (10) dit que des plaques muqueuses existent parfois au niveau de la trompe d'Eustache. « Jusqu'où

(1) Brocq. *Ann. de Dermat et de syphil.* 1883 p. 116.
(2) Leloir et Perrin. *idem*, 25 mars.
(3) Dubuc. *Union médicale*, 1883, 1er mars.
(4) Binet. *Du rôle de la syphilis dans la cécité. Thèse, Paris.* 1883, 393, p. 17.
(5) Lépine. *Syph. héréd. tardive probable. Lyon méd.* 1883.
(6) Noquet. *Bull. de la Société française d'otologie et de laryngologie.* T. I. p. 1.
(7) Moritz Crohn. *De la syphilis hérédit.* obs. recueillie à la policlinique du Dr Baginsky de Berlin.
(8) Barthélemy. *Ann. de Derm. et de syphil.* 1883, 25 août.
(9) Guerder. *Manuel des maladies de l'oreille*, Paris, 1883, p. 62 et 252.
(10) Mauriac. *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1883.

» peuvent-elles remonter dans le conduit auditif interne?
» Nous l'ignorons. Toujours est-il que c'est à elles, à
» l'hypérémie, à la tuméfaction qui les accompagne,
» qu'il faut rapporter les troubles fonctionnels de l'audi-
» tion pendant la période secondaire. » Il étudie ensuite les syphilides de l'oreille externe. Celles-ci se réduisent à des éruptions de papules dans le conduit auditif et sur le pavillon; elles sont squameuses ou érosives.

Dans son cours sur la syphilis héréditaire, le professeur A. Fournier (1) signale comme troubles de l'appareil auditif l'otorrhée et la surdité sans lésions ou avec altérations du tympan, surdité qui a une marche rapide, sans réaction inflammatoire.

MM. Lavergne et Perrin (2) publient une observation type de syphilis congénitale, avec lésions des oreilles, des yeux, etc.

Le Dr Pomeroy lit à la Société Médicale de New-York un mémoire sur l'inflammation syphilitique de l'oreille moyenne, du labyrinthe et du nerf acoustique, dans lequel il signale la perte rapide de l'audition sans accident inflammatoire, ce qui pour lui est un signe caractéristique.

Enfin, le Dr Bruncher (3) fait sa thèse sur la syphilis de l'oreille. Ce travail d'ensemble sur ce sujet paraît au moment où nous commençons la publication de ce travail.

Dans ces dernières années, les statistiques publiées par les otologistes contiennent un certain nombre de cas de syphilis; citons donc celles de la policlinique de Vienne, de Halle, des cliniques de MM. Burkner, Gruber, Barr, Zaufal, Hartmann, Hedinger, Rossi, etc.

(1) A. Fournier. *De la syphilis héréditaire tardive*. *Gaz. Hôp.*, 1883, no 79, 80, 81, 82 et 87.
(2) Lavergne et Perrin. *Ann. Derm. et Syph.*, 1884, p. 442.
(3) Bruncher. *Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise*, Nancy, 1883, 1e série, p. 168.

COMPTE-RENDU

DU

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

Tenu à Bâle du 1er au 4 septembre 1884.

(*Suite et fin*) (1)

Solutions concentrées de carbonate de soude appliquées sous forme de douche nasale quotidienne, dans les affections catarrhales de l'oreille moyenne.

M. Hewetron (de Leeds) emploie et conseille l'usage, dans le catarrhe chronique et récidivant de l'oreille, d'une solution avec 1 0/0 de carbonate sodique en injection. Il pense qu'il existe souvent un rétrécissement congénital de la trompe et d'une narine dans les affections héréditaires et progressives de l'oreille, et il propose de continuer longtemps et fréquemment le traitement, ce qui est facile, le malade l'exécutant lui-même.

La solution de carbonate de soude ne lui a pas paru présenter d'inconvénient.

M. Hartmann (de Berlin), a une expérience assez longue des solutions de carbonate de soude depuis que Weber a mis en honneur les injections naso-pharyngiennes. Il n'en est pas très-satisfait. Les injections de Weber sont utiles dans le catarrhe simple, mais non dans les tumeurs adénoïdes parce qu'alors il y a danger d'introduire du liquide dans la trompe.

M. Guye (d'Amsterdam) prescrit rarement les douches nasales liquides; lorsqu'il se décide à les ordonner, il a soin de faire l'injection horizontalement avec une canule étroite pour que le liquide puisse refluer par la même narine, au cas où il ne peut revenir par l'autre.

M. Guye a observé plusieurs cas où il se produisit des accidents, entre autres celui d'une jeune fille de 16 ans, qui eut une otorrhée consécutive à la pénétration du liquide dans la caisse, à la suite d'une irrigation nasale.

(1) *Voir le N°* 11 p. 383.

M. Gellé (de Paris) appuie la proposition de M. Guye.

M. Lœwenberg (de Paris). — Quand des liquides injectés dans les narines passent dans l'oreille, il faut faire une aspiration de ce liquide par le procédé de l'inspiration, les narines étant fermées; on diminue ainsi la nocuité de l'injection. Pendant l'injection, M. Lœwenberg fait dire à ses malades la lettre *a* pour faire lever le voile du palais au lieu de faire respirer ces malades par la bouche.

Des affections de l'oreille chez les diabétiques.

M. Kirchner (de Würzbourg) cite le cas suivant : Un jeune homme de vingt-deux ans s'était amaigri rapidement sans lésions organiques appréciables; il était diabétique. Tout à coup il survint une douleur vive dans les deux oreilles. Le tympan devint saillant sous la pression du pus contenu dans la caisse. On ne fit pas de paracentèse, mais une otorrhée spontanée se déclara et persista durant six semaines, sans incidents. A ce moment apparut une rougeur de l'apophyse mastoïde, surtout à sa partie inférieure, et le pus se montra derrière le sterno-mastoïdien. La lésion de la pointe de l'apophyse mastoïde ayant déterminé la perforation de l'aponévrose et la pénétration du pus dans la loge profonde du cou, on pratiqua la trépanation de l'apophyse mastoïde à la partie inférieure, ce qui donna issue au pus; mais le malade succomba quinze jours après dans le coma, sans lésions cérébrales ni pulmonaires.

A l'autopsie on trouva le sinus droit (côté opposé à l'opération) rempli de pus. Il y avait destruction des lames osseuses internes de l'apophyse mastoïde et de la paroi de la caisse.

Ce qu'il y eut de remarquable dans ce cas, c'est que la température ne monta pas au-dessus de 38°.

Doit-on opérer dans des cas semblables? L'auteur pense que les otologistes comme les autres chirurgiens devront s'abstenir d'opérer chez les diabétiques.

M. Moos (de Heidelberg) dit que chez les diabétiques comme chez les pthisiques, l'intervention opératoire ne peut avoir pour but de supprimer la maladie principale; mais si les symptômes sont trop douloureux, on peut agir pour diminuer les souffrances du malade.

A l'appui de son opinion, M. Moos cite le cas d'un homme de vingt ans atteint d'hémoptysie et de tuberculose, mais, encore vigoureux; un abcès de l'apophyse mastoïde s'étant produit, on fit une ouverture, et le malade soulagé vécut encore quatre mois.

M. Ménière (de Paris) relate, au contraire, un cas rapidement défavorable. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, syphilitique et diabétique, qui fut pris d'une otite moyenne avec otorrhée, puis de polypes des faces intérieures et postérieures du conduit auditif externe, enfin d'abcès de l'articulation temporo-maxilaire avec fusée profonde du pus. Une opération fut faite pour ouvrir la collection purudente profonde. Quatre semaines après le malade était mort.

Classification anatomique des surdités au point de la physiologie et de la pathogénie.

M. Cozzolino (de Naples) s'est occupé surtout de donner une bonne classification des surdités. Il a dressé à cet effet le tableau suivant :

SURDITÉS DES APPAREILS DE PERCEPTION	
Surdités méningo-encépaliques.	Surdités réflexes fonctionnelles. Surdité des mots.
SURDITÉS DES APPAREILS DE TRANSFORMATION	
Surdités labyrintiques	Surdités partielles. Cochléaires. — Vestibulaires.
SURDITÉS DE L'APPARIEL DE TRANSMISSION	
Surdités du conduit auriculaire.	Surdité de registre.
Surdités tympaniques	Membrane du tympan. Osselets. Fenêtres. Muqueuse.
Surdités tubaires Anomalies.	Paracousie double, Paracousie de lieu. Paracousie de Willis.
Surdités mixtes.	Tympano-labyrinthique. Méningo-encéphalo-labyrintiques. Tubo-tympanique.

De la surdi-mutité par otopiesis (*πιεσις*, **compression** ους ωτος, **oreille) ou par compression de l'oreille interne** (*Sera publié in extenso*).

M. Boucheron (de Paris). — Les statistiques de la surdi-mutité établissent que la plupart des sourds-muets sont atteints de surdité consécutive à des maladies qui ont évolué après la naissance. Pour serrer de plus près le problème de la surdi-mutité, il faut déterminer quelles sont *les maladies qui produisent la surdité acquise*, en s'en tenant d'abord aux *sourds-muets intelligents*.

M. Boucheron fait remarquer que les fièvres éruptives, la dyphtérie, la fièvre typhoïde, qui causent si souvent la surdi-mutité, ont une localisation naso-pharyngienne. Les affections naso-pharyngiennes jouent donc un rôle important dans la pathogénie de la surdité infantile suivie de mutité.

Comment ces affections naso-pharyngiennes produisent-elles la surdité grave.

M. Boucheron cite d'abord quelques cas typiques. Entre autres, un cas de surdité infantile *sans phénomènes convulsifs*. Ces cas sont plus simples, plus nombreux et plus souvent suivis de bons résultats.

Un enfant de deux ans et demi devient sourd, puis muet, d'une manière lente et insensible, sans maladie apparente. Deux ans après, c'est-à-dire à l'âge de quatre ans et demi, nous lui avons fait des insufflations d'air dans les caisses tympaniques, et peu à peu, l'enfant reconquit l'audition de la voix et la parole.

Cet enfant a été présenté à l'examen de MM. les professeurs Politzer (de Vienne), Burchardt-Mérian (Bâle), Hartmann (de Berlin), à leur passage à Paris en 1883.

L'explication de M. Boucheron est la suivante : L'affection naso-pharyngienne infectieuse (scarlatineuse, rubéolique, thyphoïdique, syphilitique), constitutionnelle, accidentelle, se propage à la trompe d'Eustache et l'obstrue. Le vide aérien se produit alors dans la caisse tympanique par la résorption de l'air (comme se fait la résorption de l'air injecté sous la peau). La pression atmosphérique, sans contrepoids, comprime, par l'intermédiaire des osselets, le liquide labyrinthique et les nerfs acoustiques.

Cette *compression des nerfs acoustiques produit la surdité*, d'où le nom de surdité par compression ou par otopiésis.

Quelquefois les nerfs acoustiques comprimés subissent de ce fait une *excitation violente* (comme, en physiologie expérimentale, lorsque l'on comprime un nerf sensitif dans une pince). Alors l'excitation des nerfs des canaux semi-circulaires produit la perte de l'équilibre, la pseudo-paralysie des membres inférieurs, etc. L'excitation irradiée au bulbe rachidien et aux noyaux des nerfs bulbaires produit le vomissement, le grincement des dents, les convulsions des yeux, de la tête en arrière, les convulsions générales, la nausée, l'état syncopal, etc. C'est là la forme de surdité avec phénomènes méningitiformes ou épileptiformes, ou otopiésis pseudo-méningitique, pseudo-épileptique. Dans l'otopiésis simple, les phénomènes d'irradiation sur le bulbe rachidien manquent, il n'y a que la surdité.

Les preuves de ce mécanisme pathogénique, M. Boucheron les a cherchées dans l'expérimentation et l'anatomie pathologique sur des chiens à qui les trompes d'Eustache avaient été oblitérées. M. Boucheron trouva la caisse privée d'air. C'est le premier point du mécanisme. Le second point, c'est que les nerfs acoustiques comprimés outre mesure *s'atrophient à partir du point comprimé*. Chez de jeunes chiens sourds spontanément, le limaçon, examiné par M. Ranvier, a montré les nerfs acoustiques coupés au point où ils entrent dans le liquide labyrintique, et les cellules sensorielles avaient disparu par atrophie. Le troisième point du mécanisme, c'est que la surdité par compression des nerfs acoustiques peut disparaître, si l'on relâche à temps la compression. C'est ce que montrent les résultats cliniques.

Par conséquent, il existe au début de la vie certaines affections de l'oreille capables de produire la surdité grave et la mutité. Ces affections sont analogues aux affections de l'adulte. Quand ces affections ont pour point de départ un catarrhe naso-pharyngien, elles sont attaquables par nos moyens thérapeutiques. La disparition de la surdité est possible quand le traitement est appliqué dès le commencement de l'affection auriculaire. La surdi-mutité est donc curable au début, au moins dans certains cas.

M. Gellé. — La guérison ne pourrait avoir lieu si la pres-

sion atmosphérique sur le tympan transmise au labyrinthe, amenait l'atrophie de l'acoustique.

Les surdi-mutités qui disparaissent rapidement dont parle M. Boucheron, ne pourraient-elles être considérées comme des faits d'*inhibition*, sur le centre encéphalique venant à cesser brusquement?

M. Moos a fait l'autopsie d'un sourd-muet; il présentait une atrophie des nerfs de la première spirale du limaçon.

M. Bezold (de Munich), n'admet pas la première partie de la théorie de M. Boucheron, à savoir que le vide de la caisse amène une diminution de la pression labyrinthique. Il appuie son opinion sur des expériences faites avec M. Politzer sur le cadavre ; la raréfaction de l'air dans la caisse faisait baisser le manomètre fixé dans un canal demi-circulaire.

M. Hartmann (de Berlin) a vu un des enfants de M. Boucheron. C'est un cas heureux, mais rare. Il a vu beaucoup de sourd-muets, il en a vu très-peu présentant une rétraction de la membrane tympanique. Il n'accepte pas non plus la théorie du vide.

Rien ne prouve que la surdité obtenue chez les chiens par oblitération de la trompe, n'ait pas été produite par une inflammation labyrinthique pour propagation.

M. Boucheron. — Sur la question du vide tympanique qui est le point de départ de la théorie de l'otopiésis, les expériences faites sur les animaux ne peuvent laisser de doute. Mais, dans les caisses, l'air avait été remplacé par du mucus, exhalé *ex vacuo* de la muqueuse, et dans la plupart des cas, c'était du mucus simple, sans inflammation de la muqueuse; la surdité ne pouvait donc avoir été produite par propagation de l'inflammation au labyrinthe. Si l'on se souvient que certains sourds-muets ont guéri rapidement, on ne pourra non plus admettre l'existence d'une inflammation labyrinthique.

Pour les cas dans lesquels on a trouvé du pus dans la caisse, ils sont semblables à ceux qu'on observe chez l'homme et dans lesquels il n'y a pas d'inflammation du labyrinthe. La suppuration de la caisse est rarement la cause de la surdi-mutité chez l'homme, parce qu'elle amène rarement la compression otopiésique du labyrinthe.

La surdi-mutité survient surtout dans le catarrhe tubaire simple, d'où probablement l'absence de rétraction du tympan vers l'âge de huit à douze ans.

Lorsque le catarrhe, principalement tubaire, a déterminé la formation du vide aérien de la caisse tympanique, la pression exercée sur le labyrinthe produit un refoulement de la membrane de la fenêtre ronde, celle-ci cède jusqu'à la limite de son élasticité, et alors elle résiste comme une paroi rigide. C'est à ce moment que se fait sentir la pression sur les nerfs acoustiques. Les nerfs comprimés cessent de fonctionner sans qu'il y ait d'abord aucune lésion, c'est dans cette période que la thérapeutique peut être efficace. Mais dans la dernière période de la compression, l'atrophie des nerfs acoustiques se produit, et la guérison de la surdité devient impossible. A ce moment, l'air peut pénétrer à nouveau dans la caisse, ramener le tympan à sa position normale, faire disparaître les déformations primitives de tympan; mais l'ouïe restera toujours détruite.

Si l'on examine alors le limaçon on peut, comme M. Moos, trouver une atrophie des nerfs portant plutôt sur la première spire ou sur tout le limaçon. Ce qu'il importe dans ce cas de déterminer, c'est de savoir si l'atrophie des nerfs est primitive ou consécutive, comme nous le croyons, pour la plupart des faits, à la pression otopiésique et à la destruction des cellules auditives de Corti. Les lésions observées dans le cerveau chez de vieux sourds-muets, doivent être soumises à la même discussion. Ces lésions sont-elles primitives ou consécutives à la destruction des cellules auditives de l'organe de Corti, et à l'atrophie ascendante du nerf acoustique? Ces lésions ascendantes sont de notion vulgaire après les amputations anciennes.

Quant aux objections de M. Bezold, elles sont trop radicales pour qu'une composition soit possible. Les expériences faites sur le cadavre peuvent bien donner les résultats signalés par MM. Bezold et Politzer, mais sont-elles applicables à l'être vivant? C'est là la question. Pour faire l'expérience, il faut ouvrir le crâne, laisser écouler le liquide céphalo-rachidien, diminuer par conséquent la tension de la périlymphe qui se déverse dans le liquide céphalo-rachidien par l'aqueduc du limaçon, déjà décrit par Cotugno. Sur le cadavre, la tension sanguine du labyrinthe a baissé, ce qui fait aussi baisser

la tension du liquide labyrinthique. Les 'membranes du tympan et la fenêtre ronde sont déjà ramollies ou modifiées par l'état cadavérique ; enfin, le labyrinthe membraneux lui-même est gravement altéré. Dans ces conditions si différentes de l'état normal, les modifications de tension observées expérimentalement dans le labyrinthe n'ont qu'une valeur de renseignement et ne peuvent être appliquées à l'homme vivant que sous bénéfice d'inventaire, surtout quand elles sont en contradiction avec les résultats cliniques et avec les effets si remarquables de l'insufflation d'air dans la caisse tympanique.

Par conséquent, jusqu'à plus ample informé, il faudra admettre que, chez l'homme, le vide tympanique produit généralement une augmentation de pression dans le labyrinthe et une surdité par compression des nerfs ; et d'autre part, l'insufflation modérée d'air dans la caisse, fait cesser le vide tympanique, diminue la tension intra-labyrinthique et fait cesser les surdités par compression, aussi bien chez l'adulte que chez le jeune enfant sourd-muet.

De l'état du labyrinthe dans la surdité leucocythémique.

M. Politzer (de Vienne). — Il s'agit d'un cas unique jusqu'ici dans la science, et dans lequel on a constaté des lésions leucocythémiques dans le labyrinthe (exsudat leucémique).

La malade, âgée de trente-deux ans, a eu un écoulement de l'oreille gauche dans son enfance ; plus tard, elle eut la syphilis ; à trente ans, survint une surdité avec vertige et bourdonnements. Quatre semaines après, apparurent du gonflement de l'abdomen, une urination abondante, de la perte des forces et des battements du cœur.

La leucémie a été reconnue et vérifiée par l'examen microscopique du sang.

Les oreilles présentaient, à gauche, une destruction du tympan ; à droite, une rétraction du tympan. L'ouïe était nulle, aucune perception du diapason.

La malade mourut, en novembre 1882, d'une pleurésie. Le foie, la rate et les ganglions étaient tuméfiés ; le sternum et les côtes étaient ramollis ; le cœur hypertrophié.

Examen microscopique des oreilles. — Oreille droite : une

section selon l'axe du limaçon montre la rampe tympanique remplie de tissu cellulaire nouveau, avec un point d'ossification nouveau relié aux parois osseuses. La lame spirale est repoussée vers la rampe vestibulaire qui a presque disparu ; elle n'a plus qu'un quart environ de son diamètre. Dans d'autres parties de la rampe vestibulaire, se trouve une masse de cellules lymphoïdes agglomérées (exsudat leucémique). Les fibres nerveuses sont variqueuses, dégénérées, graisseuses dans le modiolus et dans le canal spiral. Le ganglion spiral est aussi altéré.

Les canaux membraneux semi-circulaires renfermaient un exsudat leucémique. Il y avait aussi un exsudat à l'extérieur du canal membraneux. Même état dans le vestibule.

L'os du rocher présentait les mêmes lésions que le sternum et les côtes.

Lésions semblables dans l'oreille gauche.

Il n'y a pas de doute que la lésion ne soit leucémique et que la surdité ne soit en rapport avec les lésions du labyrinthe. La surdité leucémique ne pourrait disparaître que si l'on pouvait faire disparaître les exsudats de nature leucémique.

Carie lacunaire des osselets.

M. Moos présente des pièces qui montrent que dans cette affection le marteau est plus souvent atteint que les autres os. Quand le marteau présente des lésions très avancées, on les trouve sur l'enclume à une période initiale.

Le déplacement de la matière osseuse se fait généralement par les bourgeons charnus, rarement par les myeloplaxes.

M. Moos présente aussi des préparations de *villosités siégeant à la paroi interne du tympan*, chez un fœtus humain de quatre mois. (L'aspect de ce tissu anormal était celui des villosités intestinales, avec leur forme digitée et leur riche vascularisation).

Du massage de l'isthme de la trompe d'Eustache

M. Urbantschitsch (de Vienne) dit que ce massage se pratique à l'aide de bougies munies d'un renflement. On va et vient dans l'isthme de la trompe 150 à 200 fois par minute, pendant une à cinq minutes. Il y a quelquefois du vertige au début.

On combine le massage de la trompe avec le massage des joues, et du conduit auditif externe.

On observe de bons résultats, même dans le cas où les douches et les injections médicamenteuses restent sans effets.

L'explication théorique de ces résultats est que l'on produit ainsi, outre une dilatation mécanique, une modification réflexe de la nutrition des tissus de la trompe.

M. Politzer a trouvé que les résultats ainsi obtenus sont temporaires, ces bons effets étant disparus après une heure environ. Il recommande une autre méthode pour agir mécaniquement sur la muqueuse et la dilater : c'est d'introduire dans la trompe un cathéter muni d'une vessie en caoutchouc, que l'on peut insuffler à volonté.

M. Pritchard (de Londres) considère ces méthodes comme dangereuses et ne peut entendre proclamer leurs bons résultats sans protester, car on a observé, avec de semblables manœuvres, des cas d'emphysème suivis de mort.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Traité des maladies de l'oreille, par le professeur A. Politzer. — Traduit de l'alemand par le Dr Antonin Joly (de Lyon) (1).

Nul n'ignore la haute compétence de M. le professeur Politzer en maladie d'oreilles, et c'est un véritable service que M. Joly a rendu aux médecins français en traduisant cet ouvrage qui forme le traité le plus complet que nous ayons actuellement en France sur les maladies de l'oreille. Nous ne pouvons avoir la prétention de donner ici une analyse détaillée de l'ouvrage, la tâche serait pour nous trop longue et trop ardue, nos lecteurs nous saurons gré toutefois d'indiquer sommairement les matières traitées par l'auteur et les divisions par lui adoptées.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil de transmission

(1) O. Doin, libr. édit., 8, place de l'Odéon, Paris.

du son au point de vue des maladies de l'organe auditif. Il étudie d'une façon très complète l'oreille externe, moyenne et interne pour s'occuper ensuite des maladies de ces diverses parties de l'appareil auditif. Il passe en revue les différents modes d'exploration de l'oreille, les différentes manières de faire pénétrer l'air dans la caisse. A ce propos, l'auteur s'étend avec complaisance sur le procédé d'insufflation qui porte son nom et le compare à la méthode de Valsalva et au cathétérisme. Bien que le procédé Politzer rende de très grands services surtout chez les enfants, il est des cas très nombreux où même chez ces derniers on se voit obligé de recourir au cathétérisme pour obtenir un résultat appréciable et où la douche d'air par la poire est absolument insuffisante.

Après avoir décrit les divers modes d'exploration de l'oreille montre, diapason, acoumètre, l'auteur passe à ce que nous pourrions appeler la pathologie générale de l'oreille et analyse les symptômes les plus importants des maladies de l'organe de l'audition pour arriver ensuite à l'étude des maladies ellee-mêmes.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans cette étude ; qu'il nous suffise de dire qu'il a réuni dans cette partie de l'ouvrage le le fruit de vingt années d'expériences, et qu'il a sur la plupart des autres traités cet immense avantage d'être l'œuvre d'un maître déjà vieux dans la pratique des maladies qu'il décrit et qu'il traite.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de féliciter M. le Dr Joly sur sa traduction. La plûpart des ouvrages traduits de l'allemand portent en effet le cachet de la langue originale; ils sont lourds, indigestes et difficiles à lire. Ce n'est pas un des moindres mérites de l'ouvrage d'être écrit en un style clair et facile.

J. Charazac.

Crise laryngée dans l'ataxie locomotrice avec lésion des cordes vocales inférieures, par M. J. Garel.

Le début de l'ataxie remonte à l'année 1856, mais à la suite d'un traitement convenable, les symptômes tabétiques disparurent. Il y a trois ans survint une première crise laryngée. Depuis cette époque, elles se sont souvent répétées et deviennent plus intenses, en même temps qu'on observe le retour

des phénomènes habituels de l'ataxie : paralysie du moteur oculaire commun, troubles oculaires, hémiplégie faciale droite, etc., etc. La crise laryngée est annoncée par des picotements, une constriction, la toux et quelques mouvements spasmodiques du larynx. Ces accès sont fréquents pendant la nuit. Les cordes vocales intérieures sont rouges dans leur quart antérieur au niveau de la commissure antérieure renflées à leur partie postérieure et ce gonflement est dû à une inflammation chronique. L'emploi du bromure de potassium (6 à 8 grammes par jour) procure une diminution de ces crises en nombre et en intensité (*Lyon Médical*, p. 16, 7 janvier 1883). Ce malade avait eu la syphilis et avait été en traitement pendant trois mois à l'Antiquaille. Les accès nocturnes et la localisation des paralysies ne donnent-elles pas lieu de penser que cette ataxie est syphilitique. Le traitement mixte a été préconisé par M. Fournier dans des cas semblables.

Sur une forme rare de Névrose laryngée (*A rare form of laryngeal neurosis.*)

Le Dr M. Bride signale une forme de névrose laryngée peu connue, dont Charcot a signalé quatre cas. C'est un vertige laryngé analogue à la maladie de Ménière, précédé d'une toux sèche de courte durée et parfois de respiration striduleuse et se terminant le plus souvent par la perte de connaissance. Les malades se plaignent simplement d'une sensation de brûlure à la gorge et il existe en général, un peu d'hypérémie ou quelques granulations. L'administration de bromure de potassium à l'intérieur et une médication locale produisent de bons effets. Krishaber et Cherchevsky ont également rapporté des faits analogues. (Voir *Revue*, p. 360, t. Ier, année 1881. (*The Edimb., med. journ.* Mars 1884.)

Corps étrangers de l'œsophage. Extraction. Paralysie des deux cordes vocales, par le Dr Edgar Kurz, à Florence.

La malade, âgée de 20 ans, avait avalé une épingle le 7 mars 1883. Difficultés de déglutition, douleurs; 8 jours après elle entre à l'hôpital. On constate une tuméfaction à la

région gauche du cou. Le passage de la sonde excessivement douloureux, ne donne aucun résultat; des applications de glace procurent un peu de soulagement. Malade renvoyée. Les difficultés de déglutition et douleurs persistent surtout pour les aliments solides, de sorte que la nutrition se fait d'une façon insuffisante. La voix est un peu rauque et plus basse que d'habitude. Tel était l'état de la malade quand elle se présenta chez le docteur Kurz, le 10 avril; tuméfaction dure du cou, partant de la hauteur des premiers cartilages trachéaux et allant jusqu'au sterno-cleido mastoïdien. Attouchement et déglutition douloureuse. Respiration libre. L'examen laryngoscopique révèle une parésie de la corde vocale gauche.

Le sondage de l'œsophage fait naître une légère douleur.

La malade, très intelligente d'ailleurs, prétendant que l'épingle se trouve à l'endroit indiqué de la tuméfaction en position horizontale, avec la tête proéminente dans l'œsophage et la pointe enfoncée vers le sterno-cleido mastoïdien, Kurz essaie de l'extraire au moyen de la pince pharyngée de Charrière. Après trois essais, il réussit de la saisir par la tête et à l'extraire; elle avait 3 centimètres de longueur et était légèrement recourbée. Au moment même de l'extraction, la malade ressentit une forte douleur, suivie d'inspirations spasmodiques bruyantes. Plus de douleurs à la déglutition et à l'attouchement.

Le lendemain, la malade se présente, elle est aphone et raconte qu'elle n'a pas recouvré sa voix depuis l'extraction de l'épingle et qu'elle ressent, à différentes reprises, des sensations de contractions douloureuses à l'endroit du cardia. L'examen laryngoscopique démontre une forte parésie des deux cordes.

Le 12 avril, aphonie complète; quelquefois, difficulté pour respirer (irritation du nerf vague); parfois contractions douloureuses du cardia, surtout à la déglutition.

Le 17 avril, tuméfaction et gonflement ont complètement disparu, aphonie complète; position cadavérique des cordes aux essais de phonation.

Le 21 faradisation, continuée tous les jours; après cinq jours la voix revient pour deux heures. Le 26, faradisation pendant 20 minutes; la voix persiste quoique rauque et basse. Depuis lors amélioration n'a cessé de croître. Le 12 mai elle prononce

bien les voyelles avec des consonnes ensemble, mais difficilement encore les voyelles seules. Les constricteurs de la glotte fonctionnent bien, les tenseurs restent encore en état de parésie. Faradisation avec exercices de phonation, injections de strychnine (3 à 4 milligr.) dans le cou. Les 28 mai, après 26 séances électriques, la voix est redevenue claire et sonore comme auparavant.

Nous avions donc à faire ici à deux processus pathologiques complètement indépendants, d'abord la parésie de la corde vocale gauche qui avait existé pendant un mois avant l'extraction de l'épingle, sans cependant entraîner aucune parésie de l'autre corde, une action réflexe de la part du récurrent n'étant pas possible, ce nerf étant purement moteur et centrifuge (voir notre compte-rendu de la Rev. mens. n° 6, p. 185, 1883). Cette parésie légère aurait certainement disparu après l'extraction de l'épingle, si une nouvelle complication, blessure du nerf vague sans doute par les mouvements de la pointe de l'épingle pendant l'extraction — n'avait amené une paralysie des deux cordes — action réflexe du nerf vague (voir ibidem, pag. 186).

Il est aussi intéressant de noter en même temps les autres symptômes provenant de l'irritation du nerf vague, et contribuant à confirmer le diagnostic : difficulté de respiration, sensation d'oppression, dysphagie à la partie inférieure de l'œsophage. La prompte guérison de la paralysie au moyen de l'électricité prouvent suffisamment le peu d'intensité de la lésion.

Kurz a ainsi fourni la démonstration vivante de la théorie Johnsson (voir *loc. cit.*), et enrichi la physiologie d'une belle observation. (*Separat. Abdruck aus Betz's « Memorabilien »* 1883, 6 Heft.

L. B.

Méningocèle de la racine du Nez. par M. le Dr Vallard

M. Vallard a présenté récemment à la Société de chirurgie de Paris, un malade atteint d'une tumeur congénitale de la racine du nez, tumeur descendant sur les deux joues et offrant des battements isochrones à ceux du pouls. M. Le Fort qui a fait présenter le malade, croit avoir affaire à une méningocèle, aussi est-il décidé à ne pas intervenir (*Soc. de Clin.* Séance du 25 juin 1884).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

BENSCH. — Une nouvelle manière d'attacher le crochet palatin de Voltolini. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc.* N° 5, mai 1884).

E. BLANC. — Contribution à l'étude des tumeurs fibreuses de la langue. Fibro-myome de la langue. (*Gazette hebd. de med. et de chir.* N° 37, 12 septembre 1884.)

BOECKEL J. — Débridement par la voie sus-hyoïdienne des abcès profonds de la base de la langue dans la glossite phlegmoneuse. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

CARMICHAEL. — Des affections sanitaires chez les enfants. — Discussion sur la communication de l'auteur publiée dans le même journal, p. 33. (*Edinburg. méd. journ.*, août 1884).

CHIARI (O.) — Vices de conformation symétriques des piliers antérieurs du voile du palais. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk., etc.* N° 8, 1884.)

DESPRÈS. — Cancer de la langue. (*Journ. des connaiss. méd.* N° 46, 13 novembre 1884.)

FAUVEL CH. — De l'anesthésie produite par le chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse pharyngienne et laryngienne. (*Gaz. des Hôp.* N° 134, 26 novembre 1884.)

FRANKEL. — Des végétations adénoïdes. (*Deutsch. med. Wochenschr.* N° 41, 9 octobre 1884.)

KAMPF. — Calcification de l'amygdale. (*Wratsch.* N° 12, 1884.)

PAULSEN. — De l'inflammation aiguë de la cavité naso-pharyngienne. (*Monat. f. Ohrenheil. etc.* N° 7, juillet 1884).

POSTDARWER. — Teinture de Gaiac dans l'angine aigüe. (*Philadelphia med. surg. reporter.*, 19 janvier 1884).

PUERCHHAUER. — Paralysie du pharynx dans le cours du muguet. (*Jahrbuch. f. Kinderheilk.* XXI, *heft.*, 1, 2.)

ROSALINO-RORISA-Y-OLIREX — L'amygdalite et bicarbonate de soude. (*El siglo. med.* 2 novembre 1884.)

ROTHMAN. — Pharyngoscope. (*Verein f. innere Medizin* i. Berlin, séance du 3 novembre 1884.)

STROSSMANN. — De la tuberculose des amygdales. (*Virchows Archiv. Bd. 96*, 2, *Heft.*)

TRÉLAT. — Division de la voûte palatine, uranoplastie. (*Gaz. des Hôp.* N° 125, 28 octobre 1884.)

VERGELY. — Angines infectieuses primitives de la scarlatine. (*Société de méd. et de chir. de Bordeaux*, séance du 17 octobre 1884. *Journ. de méd. de Bordeaux.* N° 17, 23 octobre 1884.)

X...... — Note sur l'emploi de la pulvérisation de Eaux du Mont-Dore en inhalation (*Gaz. heb. de med. et de chir.*, 26 septembre 1884.)

Nez.

BERTHOLD. — Du traitement opératoire des polypes du nez. (*Allgem. Wien. med. Ztg.*, N° 42, 14 octobre 1884.)

BILLROTH. — Trois cas de rhinosclérome. (*Allgem. Wien. med. Ztg.*, N° 36, 2 septembre 1884.)

BOECKER. — Un cas d'obstruction de la narine droite. (*Verein f. Medizin i.* Berlin, séance du 3 novembre 1884.)

BOUDET. — De l'asthme des foins. (*Lyon médic.*, 22 juin 1884.)

CALMETTES. — De l'épistaxis, diagnostic local et traitement. (*Gazette méd. de Paris*, N° 19, 10 mai 1884.)

Götze. — Contribution à l'étude de la relation qui existe entre certaines névroses et certaines affections du nez. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk, etc.* N° 9, septembre et N° 10, octobre 1884.)

Jewetzky. — Un cas d'éctasie des cornets de l'os ethmoïdal. (*Westnik oftalmologiae Heft.* 3, 4, 1884 « Journal russe ».)

Mackensie John. — Du coryza vaso-moteur périodique. (*The méd. Rec New-York.* 18 octobre 1884.)

Terrier. — Sarcome des fosses nasales. (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.* N° 5. novembre 1884.)

Zuckerkandl. — Le tissu caverneux de la muqueuses du nez et ses relations avec la fente respiratoire. (*Wien. med. Wochensch.* N° 38, 20 septembre 1884.)

Zuckerkandl — De l'appareil de la circulation dans la muqueuse du nez. *Wien.*, 1884. *C. Gerolds Sohn,* édit.)

Larynx.

Gilis. — De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (*Gaz. hebdomad. de Montpellier,* février 1884.)

Gilis, P. — De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (Paris 1884, A. Delahaye et Lecrosnier, libr. édit.)

Grognot. — Herpès opalin de la gorge et du larynx. (*Le conc. méd.* n° 46. 15 nov, 1884)

Jonquière, G. — Nouvelle contribution à l'étude du spasme phonique de la glotte chez les hystériques. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk, etc.* N° 7, juillet 1884.)

Jurasz. — Des kystes du larynx. (*Deutsche med. Wochenschr.*. N° 39, 1884.)

Killian. — Laryngospasme et tétanos. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.* N° 6, 1884.)

Krause. — Contribution à l'étude des contractures des cordes vocales. (*Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin.* N°. 17 et 18, 1883 4.)

Krause, H. — Recherches expérimentales et études sur les contractures des muscles des cordes vocales. (*Virchow's Archiv. f. pathol. Anatomie u Physiologie.* Volume 98, 1884.)

Latouche. — phthisie laryngée; œdème de la glotte; trachéotomie; guérison. (*Revue de clinique médico-chirurgicale,* n° 1, octobre 1884.)

Latouphis. Des gommes syphilitiques du larynx. (*Thèse, Paris,* 1884, A. Parent, impr.)

Massei. — Trois cas de vertige laryngien. (*Giornale internaz. delle science medic. Anno.* VI.)

Morel-Lavallée. — Laryngite tuberculeuse primitive. Œdème chronique de la glotte, mort. (*La France méd.* n° 135, 20 nov. 1884).

Ott. — 1° Un cas de paralysie des deux muscles crico-aryténoïdiens postérieurs; 2° recherches sur le pharynx et larynx de sourd-muets. (*Prager med. Wochenschr.* N° 14, 1884.)

Rethi. — De quelques cas de la laryngite hémorrhagique. (*Wien. med. Presse* n° 36, 37, 1884.)

Schiffers. — Sténose du larynx. (*Annales de la Société médico chirurgicale de Liège.* N° 7, 1884.)

Schrœtter. — De l'apparition de tissu graisseux dans le larynx. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.* N° 6, 1884.)

Voltolini. — Tuberculose du larynx chez un enfant de 5 ans. (*Deutsche med. Wochenschr.* N° 24, 1884.)

Trachée.

Friza. — Des indications de la trachéotomie. (*Anales de otol. y laring.* N° 4, avril 1884.)

HEYMANN. — Une compression de la trachée en forme de fourreau de sabre causée par un goître. *(Berliner med. Gesellschaft.* Séance du 5 Novembre 1884).

MEYERSON. — Des obstacles qu'on rencontre en enlevant la canule trachéale. *(Wien. med. Presse.* N° 27-30, 1884).

REA EDWARDS. — Nouvelle canule à trachéotomie. (*The Lancet*, 27 sept. 1884).

ROSSBACH. — Trachéosténose causée par une tumeur siégeant dans le tissu lamineux situé entre la trachée et l'œsophage, *(Monatsschr. f. Ohrenheilk*, etc. N° 9, Sept. 1884).

Oreilles.

ALBA. — De l'inflammation des cellules mastoïdiennes. (*Anales de otol y laring.* Avril 1884, n° 4.)

BEZOLD. — Des maladies de l'organe auditif dans la fièvre typhoïde. (*Archiv. f. Ohrenheilk. Bd* XXI, *Heft* 1, 1884.)

BONNET (Charles). Rapport sur les progrès de l'otologie. (*Philadelphia med. Times.* 9 août 1884.)

BÜRKNER. — Du traitement de l'otorrhée. (*Berl. Klin. Wochenschr* N° 1, 1884.)

BÜRKNER. — Rapport sur les maladies traitées à la poli-clinique des maladies d'oreille, à Göttingen, pendant l'année 1883. *(Archiv. f. Ohrenheilk Band* XXI, *Heft* 2, 3, 1884.)

EITELBERG. — Des résultats des pesées des osselets de l'oreille chez l'homme. (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, etc., n° 5, mai 1884.)

HERMET. — De la surdité dans la syphilis héréditaire. (*Annales de dermat. et de syphil.*, n° 5, 1884)

HESSLER. — Contributions à l'étude du traitement opératoire des suppurations de l'apophyse mastoïde avec quelques cas à l'appui. (*Archiv. f. Ohrenheilk. Bd.* XXI, *Heft* 2, 3. 1884.)

JAKOBY. — Du traitement opératoire de la carie du temporal. (*Archiv. f. Ohrenheilk. Bd* XXI, *Heft* 1, 1884.)

LUCAE. — D'une méthode de traitement mécanique des troubles chroniques de la motilité dans l'appareil transmetteur des sons de l'oreille. (*Archiv. f. Ohrenheilk. Band.* XXI. *Heft* I, 1884.)

LUSSANA. — De l'audition colorée. (*Girnale internazionale delle science méd.*, n° 9, 1884.)

MORESCO. — Des Myringites partielles chroniques. (*Anales de otol. y laring.* Avril 1884, n° 5.)

MEYER. — Etude sur la suppuration chronique de la caisse. (*Archiv. f. Ohrenheilk. Band* XXI, *Heft* 2, 3. 1884.)

SAMUEL SEXTON. — Observations pratiques sur l'oreille humaine et ses maladies, avec planches. (*The medical Record.* N°s 699, 717, 718, 719, 1884.)

STETTER. — De l'opération de déformations congénitales du pavillon de l'oreille. (*Archiv. f. Ohrenheilk. Bd* XXI, *Heft* 1, 1884.)

VELARDI. — De l'audition colorée. *(Girnale internazionale delle science médic*, n° 7, 1884.)

VOLTOLINI. — Des bacilles de la tuberculose dans l'oreille. *(Deutsche med. Wochenschr. N°* 31, 1884.)

WEBER-LIEL. — De l'emploi de la cocaïne dans la pratique des oreilles. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, etc., n° 10, Octobre 1884.)

WINSLOW. — Nouveau traitement des maladies de l'apophyse mastoïde. (*The Hahnemannian monthly.* Août 1884.)

Varia.

AUFRECHT.— Croup et diphthérie. (*Versammlung deutscher Naturf. u. Aerzte in Magdeburg,* 18-23 Septembre, *Section f. pathol. Anat. pathol.*)

BERKELEY-HILL. — Suppuration de l'antre d'Hygmore, nécrose superficielle du maxillaire. Opération, guérison. (*méd. Times and Gaz.* 27 Septembre 1884.)

Bruns. — Des expériences les plus récentes sur les extirpations de goitre. (*Med. Corr. Bl. des Würt. aerztl. Landesvereins*. N° 30, 1884.)

Cohen. — Tumeur de la glande sous-maxillaire. (*Le Courrier méd.* N° 47, 22 Novembre 1884.)

Colzi. — Sur l'extirpation du corps thyroïde. (Juillet, fasc. 7, 1884.)

Delore. — Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. (*Congrès de l'Assoc. p. l'avancement des sciences. Thérapeut. contemp.*, N° 44, 31 Octobre 1884.)

Delthil. — De l'ulcération diphthéroïde de la coqueluche. (*Association française pour l'avancement des sciences*, Blois, et *le Courrier méd.*, n° 41, 11 Octobre 1884.)

Godlee. — Suppuration de l'antre d'Hygmore du côté gauche, accompagnée de symptômes indiquant une affection des sinus frontaux. (*Med. Times and. Gaz* 27 sept. 1884.)

Henoch. — Observations de l'épidémie diphtéritique en 1882-1883. (*Berliner med. Gesellschaft*, séance du 22 octobre 1884.)

Herrmann. — De la statistique et du traitement des becs-de-lièvre. (*Breslau*, 1884. L. Kohler, édit.)

Karewsky — Deux cas de lymphomes malins. (*Berl. med. Gesellschaft* séance du 19 Nov. 1884.)

Kronlein. — Du goître intrathoracique rétrotrachéale. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.* Band XX.)

Leroy M• Lean. — Œsophagotomie pratiquée avec succès dans un cas de corps étrangers. (*The med. Rec.* n° 7, 13 septembre 1884.)

Lindpaintner. — Un cas d'echinocoque du cou. (*Festschr. d. aerztl. Vereins München.*)

Maze. — Traitement de la diphtérie par les inhalations de goudron et de thérébenthine. (*Conc. méd.*, N° 43, 25 Octobre 1884.)

Müller. — Un cas de mycosis glandulaire guérie. (*Würt. Corr. Bl.* 12 Juillet 1884.)

Nil Filatow. — La fièvre des foins chez les enfants. (*Archiv. f. Kinderheilk*, V. *Bd, Heft*, 9, 10.)

Philippeaux. — L'extirpation du corps thyroïde chez le chien. (*La Tribune méd.* N° 848, 16 nov. 1884.)

Sangiirico et Canalis. — De l'extirpation de la glande thyroïde. (*Arch. per le scienze med.* Vol. VIII, pag. 215.)

Sanguirico et Canalis. — Sur l'extirpation du corps thyroïde. (*Arch. de Biologie*, Turin, 1884. H. Löscher, édit.)

Semon. — *Journal central international de laryngol., rhinol.*, etc., n° 4, 5, 1884, Berlin, A. Hirschwald, édit.

Sydney Jones. Deux cas de maladies de la glande thyroïde, extirpation. guérison, remarques. (*The Lancet.* 30 août 1884).

Terrier. — Note sur l'emploi de la pulvérisation de l'eau du Mont-Dore en inhalations. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.* N° 39, 26 sept. 1884.)

Voltolini. — Sur une batterie de zinc et platine. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk*, etc. N° 9, sept. 1884.)

Wagner J. — Quelques autres expériences sur l'extirpation de la glande thyroïde avec des remarques sur la maladie de Basedow (*Wien. med. Blätter* N° 23, 30 1884.)

Le propriétaire gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

THÉRAPEUTIQUE

Le « BYRRH » au vin de Malaga.

En vertu du vieil adage : *Principius obsta...*, il est du devoir du médecin non-seulement de traiter au début et avec la plus grande énergie les maladies pour lesquelles son intervention est demandée, mais encore de s'opposer, par la mise en œuvre de toutes les mesures hygiéniques et thérapeutiques, au développement de ces maladies. Jamais plus que de nos jours ce devoir médical n'a été aussi impérieux, puisque nous voyons surgir de tous côtés des maladies qui, importées ou non, épidémiques, contagieuses ou non, reconnaissent cependant, de l'avis de tous les hommes compétents, les infractions aux règles de l'hygiène comme cause efficiente. La fièvre typhoïde, la variole, etc., ont reparu sur divers points de notre pays. Plusieurs grandes villes sont frappés par ces derniers fléaux, et, il est facile de le constater — par les Bulletins administratifs d'une part, par les Comptes-Rendus des Sociétés savantes et les articles des journaux scientifiques d'autre part — les victimes sont toujours les sujets débilités ou les sujets qui se livrent à des excès alcooliques et qui font usage de boissons de mauvaise qualité.

La préservation des maladies dont il s'agit, il ne faut pas l'oublier, est acquise aux personnes qui savent user d'une bonne hygiène, à celles qui ont le soin de conserver en parfait état leurs fonctions digestives, à celles qui se préoccupent de ne pas dépenser leurs forces outre mesure par des travaux exagérés, par des veilles excessives, ou qui pensent à les réparer par l'usage de toniques dont la pureté et l'efficacité sont parfaitement et incontestablement établies.

D'aucuns demandent aux alcooliques plus ou moins purs, aux

boissons fermentées plus ou moins frelatées, la tonicité dont ils ont besoin en tout temps, et particulièrement en temps d'épidémie. Mais, nous l'avons dit bien des fois et il faut bien le redire en ce moment, si les alcooliques, d'une manière générale, peuvent être considérés comme des toniques, ou, pour être plus exact, de véritables *médicaments d'épargne*, emmagasinant les forces organiques, ils ne possèdent cette qualité qu'autant qu'ils sont de bon aloi, de bonne qualité, et qu'ils sont hydratés non par la sophistication plus ou moins industrielle — qu'on me passe le mot — mais bien par la nature elle-même.

Pris dans d'autres conditions, non-seulement les alcooliques ne produisent plus les bons effets que la science médicale leur a reconnus, mais ils deviennent une source de nombreux dangers. C'est alors qu'au lieu de stimuler les fonctions digestives, au lieu d'être des apéritifs au sens médical de ce mot, au lieu d'être des *eupeptiques*, ils deviennent des *apeptiques*, des irritants de la muqueuse gastro-intestinale, des agents inflammatoires véritables, entravant la sécrétion des sucs de la digestion et les fonctions du foie. Par les troubles qu'ils apportent dans ces fonctions si importantes, ils prédisposent donc aux indigestions stomacales, aux indigestions intestinales, et amènent facilement et les vomissements et la diarrhée. Leur action, dangereuse en tout temps, plus dangereuse encore en temps d'épidémie, est donc d'ouvrir une porte facile à franchir à tous les germes morbides, aux microbes, qui se développent si facilement dans des organes digestifs déjà malades.

Leurs effets funestes ne se bornent cependant pas là. En troublant les fonctions digestives ils empêchent la bonne absorption des principes alimentaires, ils empêchent la réparation des forces organiques, et bientôt se trouve établi un état d'anémie et de faiblesse générales qui place les sujets atteints dans une situation des plus propices pour contracter toute espèce de maladies, et plus particulièrement les maladies qui sévissent épidémiquement.

Nous le répétons, nous ne saurions trop faire pénétrer par nos confrères dans l'esprit des populations des vérités qui semblent élémentaires, et qui cependant sont ignorées de presque tout le monde, aussi bien des personnes douées d'instruction que de celles

qui, moins privilégiées et souvent plus fatiguées, ont plus besoin encore d'être éclairées dans ce sens.

C'est pourquoi nous croyons utile d'insister encore sur le choix des liqueurs dites *apéritives* et *toniques*. Ce qu'il faut leur demander, c'est un choix parfaitement fait des substances entrant dans leur préparation, une pureté d'origine à l'abri de toute critique, un mode de préparation connu pour être absolument judicieux et parfait. C'est dans ces conditions seules que les toniques et les digestifs peuvent être utiles, car en dehors d'elles il n'y a plus que leurre et source de dangers.

Les vins généreux de provenance assurée et authentiquement naturels, unis à des substances toniques de premier choix, réalisent seuls ces conditions indispensables; eux seuls peuvent donner les résultats cherchés; eux seuls répareront sérieusement les forces en assurant tout à la fois la bonne conservation des fonctions digestives. Ce sont eux qui constitueront, par ce fait, les meilleurs médicaments préservatifs des maladies.

En raison de ces principes, qui sont la conséquence de toutes les conquêtes de la science moderne, nous ne saurions trop recommander l'usage du *Byrrh au vin de Malaga* préparé par la Maison Violet frères, de Thuir (Pyrénées-Orientales).

Cette bienfaisante et incomparable préparation doit ses propriétés et son incontestable supériorité au vin de Malaga qui lui sert de base, d'une part, et qui, provenant des premiers crûs d'Espagne, a été entreposé en France où il a vieilli cinq ou six ans avant d'être utilisé; et, d'autre part, au choix raisonné et savamment fait des amers qui entrent dans sa composition.

Il serait superflu d'énumérer à nouveau dans ce troisième article les récompenses multiples dont le *Byrrh au vin de Malaga* a été l'objet dans toutes les Expositions où il a figuré.

Vingt-trois Médailles Or, Argent, Vermeil et Bronze : tel est le bilan des récompenses qui constituent son actif jusqu'à ce jour, et qui parle assez éloquemment pour que nous n'ayons pas besoin d'insister sur ses précieuses qualités.

Nous nous contenterons, pour terminer, de répéter les paroles qui clôturaient notre dernier article, à savoir « que les médecins » et les hygiénistes trouveront dans le *Byrrh au vin de*

» *Malaga* un tonique agréable, puissant, utile, indispensable » même, à tous ceux dont les fonctions digestives sont pénibles ou » languissantes, à tous ceux que des travaux excessifs, des veilles, » des fatigues, ont affaiblis; — que les convalescents y rencontre» ront un excellent fortifiant. Son usage, absolument incapable » d'amener les inconvénients et les dangers des alcooliques, ne » saurait donc être trop recommandé par le Corps médical. »

P.-S. — Au moment de livrer cet article à l'impression, nous apprenons que le Jury de l'Exposition de Rouen vient d'accorder une nouvelle Médaille d'Or au *Byrrh au vin de Malaga*, c'est-à-dire la plus haute consécration qu'il lui était permis de donner aux mérites de cet excellent produit. — Aussi nous empressons-nous de l'enregistrer.

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, in-8, 16 pages 1 25

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8°, 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir .... fr. 3 50

J. Baratoux. — *De l'Électrolyse ou de la Galvanocaustique de la Trompe d'Eustache*, in-8° 12 pages .... fr. » 75

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaire, lingual et pharyngien*, in-8, 5 pages.. » 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages .... fr. 1 25

Délie, d'Ypres. — *Hoquet et spasmes pharyngo-laryngés*, in-8°, 24 pages 1 50

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*, in-8°, 24 pages 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir .... fr. 1 25

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8, 17 pages .... fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages .... fr. 1 25

Th. Hering. — *De l'emploi de l'Acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx*, in-8°, 20 pages .... fr. 1 25

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

TABLE DES AUTEURS

TOME IV

1884

TABLE DES MATIÈRES

Pages

300

320

262